



RACCOLTA
NORMATIVA
2020

10
ANNI

LEGGE 15 MARZO 2010, N. 38
E PROVVEDIMENTI ATTUATIVI



Ministero della Salute



LEGGE 15 MARZO 2010 N. 38 E PROVVEDIMENTI ATTUATIVI

RACCOLTA NORMATIVA



**Aggiornamento normativo
al 31 dicembre 2020**

A cura di:

**Mariadonata Bellentani
Daniela Furlan
Gianlorenzo Scaccabarozzi**

Editing:

**Matteo Crippa
Daniela Furlan**

Grafica a cura di: Rita Ottolini

*Finito di stampare: Febbraio 2021
a cura del Centro Stampa del Ministero della Salute*

PRESENTAZIONE



La tutela della salute è sancita dall'articolo 32 della Costituzione italiana come "diritto fondamentale dell'individuo e interesse della comunità" e l'obiettivo del Servizio sanitario nazionale è quello di avvicinare questi principi luminosi della Costituzione alla vita reale delle persone. Tale diritto va tutelato ancora di più nel periodo di fine vita, continuando a garantire cura e assistenza, salvaguardando dignità e umanità della persona.

Rafforzare le cure palliative significa garantire un diritto fondamentale per gli individui e per le famiglie nel momento in cui sono più fragili. La stessa esperienza di gestione della pandemia da Covid-19, dal suo inizio, ha dimostrato l'importanza e il valore fondamentale dell'integrazione degli interventi sanitari con le cure palliative, anche in ambito di emergenza, per "minimizzare la sofferenza di coloro che potrebbero non sopravvivere" e non solo "massimizzare il numero di vite salvate".

La legge 38/2010 rappresenta un traguardo per il movimento di cultura che le ha dato origine già con la legge 39 del 1999, cogliendo istanze nazionali ed internazionali e a distanza di 10 anni è, ancora oggi, un punto di partenza per la diffusione e l'implementazione delle cure palliative e della terapia del dolore nell'ambito sanitario e sociale.

Le recenti disposizioni legislative hanno dato un ulteriore impulso allo sviluppo delle cure palliative, basti pensare al provvedimento sull'accreditamento delle reti di cure palliative e delle reti di terapia del dolore che introducono il principio della presa in carico attraverso la gestione del percorso di cura della persona e della sua famiglia. E alla recente istituzione della Scuola di specializzazione in Medicina e cure palliative che ha colmato un vuoto formativo.

È attualmente all'attenzione della Conferenza Stato-Regioni una proposta di Accordo per l'accreditamento delle reti di cure palliative e terapia del dolore pediatriche, che confidiamo possa essere condivisa nel più breve tempo possibile. Molto rimane ancora da fare per garantire l'accesso alle cure equo e uniforme sul territorio nazionale, come maggiore diffusione dell'informazione e della consapevolezza nella società civile e una più capillare formazione dei professionisti sanitari sia nell'ambito di base che specialistico.

Oggi tutto il Servizio sanitario nazionale è coinvolto, particolarmente nel versante territoriale, ma è necessaria una crescita culturale e organizzativa anche in ambito ospedaliero. Le più recenti disposizioni garantiscono finanziamenti importanti anche per il potenziamento delle risorse umane attraverso diverse misure tra cui l'introduzione dell'infermiere di quartiere o di comunità. Azioni che tendono fortemente al raggiungimento di questi obiettivi di civiltà nel nostro Paese.

On. Roberto Speranza
Ministro della salute

PREMESSA



La legge 15 marzo 2010 n.38 garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato nell'ambito dei LEA al fine di assicurare cure e assistenza nelle fasi finali della vita, nel rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza in questa delicata fase dell'esistenza.

La transizione in atto, epidemiologica, demografica e sociale, richiede l'individuazione di percorsi di cura che siano in grado di rispondere ai bisogni dei pazienti e delle loro famiglie, rivedendo l'organizzazione dei servizi in funzione degli stessi. Necessita anche di figure professionali adeguatamente formate e aggiornate, come pure di integrazione e complementarità dei professionisti nelle diverse sedi di assistenza ospedaliera e territoriale.

I provvedimenti attuativi messi in atto per sviluppare il sistema delle cure palliative e della terapia del dolore vanno in questa direzione e sono espressione di un impegno costante e rigoroso al fine di declinare i principi fondamentali della legge 38/2010 in obiettivi ed azioni specifiche per gestire il cambiamento necessario.

Sono stati infatti adottati provvedimenti relativi allo sviluppo delle reti fino all'accreditamento delle stesse; al riconoscimento della disciplina specialistica in cure palliative; all'identificazione dei codici di disciplina ospedaliera in cure palliative e in terapia del dolore; al riconoscimento delle esperienze maturate dai professionisti nel campo delle cure palliative con possibilità per gli stessi di raggiungere la stabilizzazione professionale e lo sviluppo del percorso della formazione universitaria attraverso l'istituzione di master e, più recentemente, con l'istituzione della disciplina accademica in Medicina e cure palliative. Inoltre, sono stati affrontati gli aspetti relativi alla formazione continua in ambito sanitario e la formazione del volontariato.

Il sistema sanitario si trova di fronte a nuove sfide per fornire risposte adeguate ai bisogni di una popolazione crescente di malati sempre più anziani, affetti da malattie cronico degenerative in fase avanzata o terminale, in condizioni cliniche di estrema fragilità e di grave sofferenza.

Pazienti, che potrebbero beneficiare efficacemente di un servizio di cure palliative domiciliari, ai quali invece viene spesso erogata un'assistenza in forma frammentaria e non coordinata, con ripetute ospedalizzazioni che si traducono, talvolta, in trattamenti inappropriati, costosi, con scarsa soddisfazione da parte dei malati stessi e dei loro familiari.

Diventa pertanto fondamentale potenziare l'approccio palliativo, la presa in carico precoce e la continuità dell'assistenza, garantendo cure palliative e terapia del dolore in una prospettiva di integrazione e complementarità alle terapie attive. Tale prospettiva è coerente con quanto previsto dal c.d. "Decreto rilancio" che all'art. 1 investe nello sviluppo e nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale agendo, in particolare, sulle cure domiciliari e sull'assistenza infermieristica territoriale.

Al fine di completare la realizzazione delle reti, è altresì necessario prevedere che i servizi di cure palliative siano presenti in tutti gli ospedali, in modo da far crescere la capacità del nostro sistema di rispondere alla grande sofferenza dei malati ricoverati, che richiedono una presa in carico precoce che li accompagni nel loro percorso di malattia, compresa la fase più delicata del fine vita.

Gli Accordi approvati il 27 luglio 2020 in sede di Conferenza Stato-Regioni sull'accreditamento delle reti di cure palliative e sull'accreditamento delle reti di terapia del dolore rappresentano una ulteriore opportunità, in quanto prevedono un cambio di paradigma dalla cura della malattia alla presa in carico della persona attraverso il governo clinico del suo percorso di cura.

La presente raccolta normativa costituisce, dunque, un utile strumento di lavoro rivolto a tutti gli operatori impegnati nel settore, nell'ambito di funzioni di programmazione e clinico assistenziale.

Andrea Urbani

*Direttore generale della Direzione generale
della programmazione sanitaria
Ministero della salute*

INTRODUZIONE



Il nostro Paese ha adottato, con la Legge 15 marzo 2010, n. 38, un quadro organico di principi e disposizioni normative volte a garantire un'assistenza qualificata appropriata in ambito palliativo e della terapia del dolore, per il malato e la sua famiglia. Si tratta di una legge quadro, tra le prime adottate in Europa, che ha incontrato il consenso dei professionisti, degli esperti, delle organizzazioni non profit e del volontariato, che hanno attivamente contribuito alla sua definizione.

Va sottolineato il carattere innovativo di questa legge, che si pone a tutela della dignità della persona, sancisce il diritto di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore di ciascuno, esplicitando un modo di intendere il diritto alla salute che guarda alla globalità della persona, un approccio universalistico e che si fa carico dell'uguaglianza della persona. La legge ha costituito il punto di arrivo di un lungo percorso normativo iniziato nel 1999 con la legge 39 che avviava nel nostro Paese un programma nazionale per le cure palliative domiciliari e di realizzazione degli hospice, e ha rappresentato al contempo un punto di partenza di un lungo e articolato percorso attuativo, che ha coinvolto positivamente, in ogni suo passaggio, il mondo istituzionale, professionale, accademico e del volontariato.

La legge impegna il sistema a occuparsi di cure palliative (CP) e terapia del dolore (TD) in tutti gli ambiti assistenziali, in ogni fase della vita e per qualunque patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per le quali non esistono terapie o, se vi sono, risultano inadeguate ai fini della stabilizzazione della malattia. Con questa legge la sofferenza non è più un aspetto inevitabile di un percorso di malattia, ma è una dimensione che va affrontata con serietà e sistematicità, in tutte le fasi e in ogni setting d'assistenza. La legge ha introdotto profonde innovazioni, tra le quali si segnala la ridefinizione dei modelli assistenziali e la creazione di specifiche reti assistenziali, superando ambiguità che in precedenza avevano spesso frenato lo sviluppo dei servizi. Inoltre, la legge ha posto attenzione alla specificità pediatrica e ha semplificato le procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore.

Fondamentale impulso alla definizione dei provvedimenti è stato il lavoro sviluppato inizialmente nell'ambito della specifica Commissione ministeriale per l'attuazione della legge 38/2010, che ha operato negli anni 2010- 2015, e successivamente dalla Sezione "O" del Comitato tecnico sanitario, quale organismo consultivo del Ministero della Salute composto da esperti della materia e dirigenti del Ministero.

Nella ricorrenza del decennio dall'approvazione della legge, si riassumono i passaggi significativi in merito allo sviluppo delle reti di CP e di TD, al riconoscimento delle competenze professionali, alla formazione accademica e alla formazione continua degli operatori delle reti, al monitoraggio quali-quantitativo delle attività erogate.

Tra i passaggi più recenti, si richiamano gli Accordi stipulati in sede di Conferenza Stato -Regioni il 27 luglio 2020 sull'accREDITamento della rete di CP e della rete di TD, che prevedono la gestione dei percorsi assistenziali integrati, riconducendo ad unitarietà il governo del piano assistenziale individuale. Sono identificate precise responsabilità in merito al coordinamento del percorso al fine di garantire la continuità delle cure, la sicurezza e la qualità degli interventi con un'organizzazione modulata sui bisogni del paziente, flessibile e sempre pronta ad adattarsi alle necessità mutevoli del malato e dei famigliari e capace di guidarli nella complessità dei servizi.

Questi Accordi completano i provvedimenti che riguardano gli elementi e i principi di accREDITamento dei servizi e delle strutture che compongono le reti, come individuati con l'Intesa del 25 luglio 2012, nonché con il sistema di governance regionale previsto dall'Accordo del 16.10.2010.

Gli stessi Accordi si inquadrano nell'ambito del più ampio sistema di accREDITamento delle strutture sanitarie, di cui all'Intesa del 19 febbraio 2015, che contiene un preciso riferimento allo sviluppo delle reti assistenziali di CP e di TD per il paziente adulto e per quello pediatrico.

I capitoli

Per una più agevole lettura e approfondimento delle norme, i documenti sono stati suddivisi in capitoli in relazione a specifici aspetti della legge.

Lo sviluppo delle reti di cure palliative e di terapia del dolore e la caratterizzazione delle cure nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza

Il coordinamento regionale - Uno degli aspetti fondamentali della L. 38/2010 è l'aver previsto lo sviluppo di due reti distinte, che operano a livello regionale e locale, relative alle cure palliative e alla terapia del dolore, prevedendo per l'ambito pediatrico una rete specifica ed unica CP-TD per l'età pediatrica.

Il primo importante passaggio attuativo è rappresentato dall'approvazione delle Linee guida del 2010, per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali (Accordo 16 dicembre 2010). Su quest'aspetto è interessante anche il correlato parere espresso il 13 luglio 2010 dal Consiglio Superiore di Sanità, sezione I, che si sofferma anche sui principali punti da sviluppare per dare piena attuazione alla legge 38/2010.

I requisiti delle strutture - La già richiamata Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012 ha definito i principi e i requisiti per l'accREDITamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore, con attenzione alla specificità pediatrica. In particolare sono state individuate, in accordo con le Regioni, le dimensioni strutturali e di processo che caratterizzano le strutture delle reti a livello regionale e locale. La rete locale di CP deve essere in grado di soddisfare contemporaneamente numerosi requisiti, tra i quali: la creazione di strutture organizzative e di coordinamento, l'operatività di equipe multiprofessionali dedicate, l'omogeneità dei percorsi di cure domiciliari attraverso le Unità di Cure Palliative domiciliari, la continuità delle cure tra l'ospedale, il domicilio e l'hospice.

Lo sviluppo delle reti di terapia del dolore si articola in ambito ospedaliero secondo un modello hub & spoke che prevede, in sede territoriale, il coinvolgimento della Medicina generale e delle relative forme associative, al fine di garantire un approccio integrato e omogeneo tra i diversi soggetti istituzionali e professionali coinvolte nel percorso di cura.

L'accreditamento delle reti - Come già indicato in premessa, con gli Accordi Stato-Regioni del luglio 2020, sono stati approvati due distinti documenti, sull'accreditamento delle reti di cure palliative e sull'accreditamento delle reti di terapia del dolore. Inoltre, è in corso di approvazione il documento sull'accreditamento della rete di cure palliative e terapia del dolore pediatriche.

Gli Accordi prevedono che l'azienda sanitaria, sede della rete locale di CP, garantisca le necessarie dotazioni di personale, strutture e tecnologie per le attività di coordinamento della rete e per l'operatività della stessa. Si introduce così, con l'accreditamento delle Reti, la prospettiva della caratterizzazione e standardizzazione dei percorsi di cura e di assistenza per il governo clinico delle cronicità complesse e avanzate, in grado di superare la frammentazione delle risposte verso la multidimensionalità dei bisogni che sono, così, ricondotti a unitarietà.

La caratterizzazione delle cure nei LEA - Con il DPCM 12 gennaio 2017 di definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), sono state caratterizzate le cure palliative e la terapia del dolore, con un approccio orientato alla presa in carico e al percorso di cura, distinguendo gli interventi per livelli di complessità ed intensità assistenziale.

Sono stati definiti i seguenti livelli di assistenza nell'ambito delle reti di cure palliative e delle reti di terapia del dolore:

- art. 15 Assistenza specialistica ambulatoriale, con il relativo nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui all'Allegato 4, che prevede, per la prima volta, le visite multidisciplinari per le cure palliative e per la terapia del dolore, inclusa la stesura del Piano di assistenza individuale (PAI) e le visite di controllo per la rivalutazione del PAI.
- art. 21 Percorsi assistenziali integrati: è garantito 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 un'importante novità, con la VMD che concorre a identificare il malato con bisogni complessi. Questi principi hanno una specifica rilevanza per le cure palliative e per la terapia del dolore. In particolare, le cure palliative confermate dai LEA in questa cornice escono dall'orizzonte temporale dell'end stage, estendendo il loro ambito di applicazione alle fasi precoci della malattia inguaribile a evoluzione sfavorevole.
- art. 23 Cure palliative domiciliari: è stato definitivamente stabilito che tali cure debbono essere erogate dalle strutture Unità di Cure Palliative domiciliari-UCP e non più nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata. Sono, infatti, 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: si garantisce l'assistenza residenziale ai malati nella fase terminale della vita, in ambito territoriale.

- art. 38 Ricovero ordinario per acuti: le cure palliative e la terapia del dolore 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.

Il percorso per il riconoscimento della disciplina specialistica in cure palliative e i codici ospedalieri

La disciplina in CP - In quest'ambito il primo e fondamentale passaggio è stato operato con l'Accordo Stato- Regioni del 7 febbraio 2013 *sulla istituzione della disciplina "Cure palliative"* ai fini della regolamentazione concorsuale per l'accesso dei medici alle strutture facenti parte della rete di cure palliative. Con ciò si è riconosciuta la "specificità" dei saperi e delle abilità dei professionisti in questo campo, che costituiscono un patrimonio di conoscenze faticosamente costruito grazie all'esperienza, alla formazione specifica e alle eccellenze scientifiche. Si è voluto riportare anche il previo parere favorevole espresso dal Consiglio Superiore di Sanità, sezione II, nel dicembre 2012.

Conseguentemente il Ministero della Salute ha adottato il decreto 28 marzo 2013, che modifica e integra le Tabelle A e B di cui al decreto del 30 gennaio del 1998, introducendo la disciplina "Cure palliative" nell'area della "Medicina diagnostica e dei servizi".

La formazione ECM - Inoltre, nel luglio 2014, la Commissione Nazionale Formazione Continua di Agenas, ha integrato le "specifiche funzionali dei tracciati record ECM" con la disciplina Cure palliative. Correlatamente, tra gli obiettivi formativi ECM, è stato inserito, come previsto dalla L. 38/2010, anche il tema della Terapia del dolore e della palliazione. Queste previsioni hanno stimolato lo sviluppo di programmi obbligatori di formazione continua in CP e in TD al fine di conseguire crediti formativi specifici in quest'ambito.

Il codice disciplina ospedaliera in TD - Come già previsto con la specifica codificazione per le attività ospedaliere di cure palliative (codice 99), con il DM 21 novembre 2018, è stato introdotto uno specifico codice per la rilevazione delle attività ospedaliere sulla terapia del dolore (codice 96). Si tratta di una codificazione molto attesa dai professionisti, che potrà garantire una documentazione puntuale delle specifiche attività specialistiche svolte in regime di ricovero ospedaliero. Il codice dolore, infatti, comporta l'obbligo per le aziende sanitarie e ospedaliere di censire nel sistema informativo sanitario le unità di degenza ospedaliere dedicate a questa disciplina, i relativi posti letto e l'annotazione nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) dei ricoveri effettuati nelle unità operative dedicate.

La certificazione della esperienza per i medici "senza specializzazione" - Al fine di garantire la continuità dei servizi e riconoscere le conoscenze e le competenze professionali maturate sul campo dai medici che hanno lavorato per anni nell'ambito delle cure palliative, è stato necessario ricorrere a specifiche "deroghe" legislative. E' una misura importante, che ha contribuito e sta contribuendo a gestire la fase transitoria, fino allo sviluppo di un sistema professionale formato specificamente, a seguito dell'adeguamento degli ordinamenti didattici delle scuole di specializzazione equipollenti in cure palliative nonché della effettiva disponibilità degli specialisti in cure palliative, in attuazione della scuola di specializzazione in "Medicina e cure palliative" istituita con l'art. 5-ter della legge n. 77/2020.

La certificazione prevista nel 2014 - A tal fine la Legge di Stabilità 2014 (L. 27.12.2013, n. 147, art. 1, comma 425) ha introdotto una deroga al requisito della disciplina in CP e delle specializzazioni equi-

pollenti, per i medici che possiedono almeno un'esperienza triennale nel campo delle cure palliative. In attuazione di questa norma, previo Accordo con le Regioni del 22 gennaio 2015, è stato adottato il DM 4 giugno 2015 che ha individuato i criteri necessari alla certificazione dell'esperienza triennale dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative, pubbliche e private accreditate. Conseguentemente, le Regioni e le Province autonome hanno definito le modalità attuative del decreto e hanno rilasciato, previa valutazione dei requisiti, le certificazioni sull'esperienza professionale necessaria per operare nelle reti dedicate alle cure palliative.

La certificazione prevista nel 2019 – Analogamente, la Legge di Bilancio per l'anno 2019 (L. 30.12.2018, n. 145, art. 1, comma 522) prevede un'ulteriore deroga per i medici sprovvisti dei requisiti previsti dal decreto del Ministero della Salute 28 marzo 2013 (relativi alle equipollenze) e che alla data di entrata in vigore della legge di Bilancio 2019 sono già in servizio presso le reti di cure palliative e rispondono a tutti i seguenti requisiti:

- possesso di un'esperienza almeno triennale, anche non continuativa, nel campo delle cure palliative acquisita nell'ambito di strutture ospedaliere, residenziali-Hospice e UCP domiciliari accreditate per l'erogazione delle cure palliative con il Servizio sanitario nazionale;
- un congruo numero di ore professionali esercitate e di casistica assistita, corrispondente ad almeno il 50% dell'orario previsto per il rapporto di lavoro a tempo determinato;
- l'acquisizione di una specifica formazione in cure palliative, conseguita attraverso l'Educazione Continua in Medicina, ovvero Master universitari in cure palliative, ovvero corsi organizzati dalle Regioni per l'acquisizione delle competenze di cui all'Accordo tra Stato e Regioni del 10 luglio 2014.

La proroga dei termini previsti dalla L. 145/2018 sulla certificazione dell'esperienza in CP - Il decreto-legge 30 dicembre 2019, n. 162, coordinato con la legge di conversione 28 febbraio 2020, n. 8, all'articolo 5, comma 4 prevede una proroga di diciotto mesi dei termini di attuazione della deroga prevista dalla L. 145/2018 art. 1, comma 522; successivamente la Legge 30 dicembre 2020, n. 178 (L. bilancio 2021), all'articolo 1, comma 405 proroga gli stessi termini al 31 dicembre 2020.

I quesiti – Per contribuire alla risoluzione di alcuni aspetti interpretativi sulla valenza delle certificazioni, sono riportate anche due note del Ministero della Salute a riscontro di specifici quesiti aziendali in ordine alla partecipazione ai concorsi pubblici dei medici non specialisti certificati, nonché in ordine all'inquadramento nella disciplina dei medici che, pur operanti nelle reti e assegnati ai servizi di cure palliative, risultavano inquadrati in altre discipline.

Le competenze dei professionisti che operano nelle Reti

L'Accordo Stato – Regioni del 10 luglio 2014, adottato ai sensi dell'art. 5, comma 2 della Legge 38/2010, ha definito i contenuti minimi in termini di conoscenza, competenza e abilità che i professionisti operanti nelle reti di cure palliative e nelle reti di terapia del dolore devono possedere o acquisire attraverso percorsi formativi obbligatori, ai fini dello svolgimento delle proprie attività professionali. Nell'individuare le figure professionali con competenze ed esperienza specifica nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, l'Accordo ha definito le core competence dei professionisti che costituiscono le equipe in cure palliative, introducendo anche per il personale non medico le necessarie competenze professionali come requisito per poter operare nelle reti. L'Accordo consente, pertanto, di qualificare le equipe, con una modalità che, per la prima volta in ambito normativo, si occupa di definire le specifiche competenze necessarie per operare efficacemente in una realtà delicata e complessa quale quella delle cure palliative e della terapia del dolore.

La formazione in cure palliative e in terapia del dolore

L'art. 8, comma 1, della legge 38/2010 prevede l'aggiornamento degli ordinamenti didattici di specifici percorsi formativi accademici in materia di cure palliative e di terapia del dolore nonché l'individuazione dei criteri per l'istituzione di appositi master. La norma ha consentito di avviare nel nostro Paese un processo articolato e complesso, che si pone in linea con le migliori esperienze formative internazionali. La formazione nell'ambito delle condizioni di cronicità e fragilità contempla, pertanto, un nuovo paradigma di riferimento che prevede, accanto al sistema classico di cura rivolto a "risolvere e guarire", anche quello di prendersi cura del bisogno di cure palliative agendo in modo precoce, coordinato e integrato così da assicurare la necessaria continuità assistenziale tra i professionisti, i luoghi delle cure e il tempo delle cure. Un tempo che affronta tutte le dimensioni del bisogno: fisico, sociale, psicologico e spirituale esistenziale. Un tempo adeguato per i pazienti e per chi se ne prende cura. I provvedimenti adottati richiedono una congrua tempistica per la loro attuazione in quanto vanno cercati spazi e modelli all'interno degli attuali ordinamenti didattici ma è necessario anche un corpo docente preparato, in grado non solo di insegnare ma anche di facilitare il riconoscimento e l'integrazione della materia nel mondo accademico.

I Master universitari - Questo percorso è stato avviato nel 2012 con i decreti di istituzione di cinque tipologie di master universitari di formazione e qualificazione in cure palliative e in terapia del dolore (tutti adottati con decreti ministeriali del 4 aprile 2012), che hanno aperto nuovi scenari per il percorso formativo dei professionisti che lavorano o lavoreranno nelle due reti. Va precisato che i master non sono professionalizzanti ma rappresentano, soprattutto nelle more dell'attuazione della scuola di specializzazione in Medicina e cure palliative, un importante percorso formativo accademico di qualificazione professionale.

La formazione accademica - Nel 2018, ad esito di un tavolo tecnico interministeriale, sono stati individuati i criteri generali per l'attivazione di specifici percorsi formativi ovvero l'aggiornamento dei programmi didattici dei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia, dei corsi di laurea in Infermieristica, dei corsi di laurea in Fisioterapia e Terapia Occupazionale, dei corsi di laurea in Psicologia, dei corsi di laurea in Servizio Sociale. Il medesimo tavolo ha licenziato la proposta di aggiornamento degli standard e dei requisiti delle scuole di specializzazione equipollenti la disciplina di CP di cui al DM salute 28 marzo 2013 e successive modificazioni, e della terapia del dolore nell'ambito della scuola di specializzazione in Anestesia e rianimazione, terapia intensiva e del dolore, nonché la proposta di aggiornamento del progetto formativo in CP e in TD per il corso di formazione specifica in Medicina generale. L'esito di questi lavori ha concorso a definire quali competenze teoriche e quali competenze professionali gli studenti dei corsi pre-laurea e gli specializzandi devono acquisire alla fine del loro percorso di studio.

La Scuola di specializzazione - Il lungo percorso di attuazione dell'art. 8 della legge 38/2010 si è concluso con la istituzione della Scuola di specializzazione in "Medicina e Cure Palliative" a decorrere dall'anno accademico 2021-2022 e l'introduzione del Corso di cure palliative pediatriche nell'ambito dei corsi obbligatori delle scuole di specializzazione in pediatria, sancito dall'art. 5-ter della legge n. 77/2020, di conversione del D.L. n. 34/2020 (c.d. "decreto rilancio"). Tale provvedimento riconosce definitivamente dignità specialistica e autonoma ad un sapere la cui importanza è ben conosciuta sia dai cittadini sia dal mondo istituzionale e professionale. Questa è una concreta risposta ai bisogni generati dalle transizioni epidemiologica e demografica in atto nei Paesi occidentali, in relazione all'invecchiamento della popolazione e delle condizioni di cronicità complessa e avanzata.

La formazione dei volontari - L'Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 9 luglio 2020 definisce, in attuazione di quanto previsto dall'art. 8, comma 4, della L. 38/2010, le modalità per la formazione uniforme del volontariato in cure palliative e nella terapia del dolore. Un'intesa che tiene conto del grande valore apportato al sistema dall'azione delle organizzazioni di volontariato che da sempre, oltre a svolgere un'azione di stimolo e di relazione con le istituzioni, affiancano le equipe di cura offrendo vicinanza, supporto, conforto alle persone malate e alle loro famiglie. L'Intesa scaturisce dal documento per la definizione di profili formativi omogenei per le attività di volontariato nell'ambito delle reti di CP e di TD previste dalla Legge 38/2010, che è stato elaborato in collaborazione con la Federazione Cure Palliative ed approvato dalla sezione "O" del Comitato Tecnico Sanitario.

L'art. 1 del Decreto rilancio su cure domiciliari e servizi di prossimità - L'emergenza COVID-19 ha evidenziato la necessità di potenziare i servizi territoriali e su questo è intervenuto l'art. 1 del c.d. "decreto rilancio" (D.L. 34/2020 come convertito nella L. 77/2020), che ha previsto un investimento importante sulle cure domiciliari e sui servizi di prossimità per garantire la presa in carico dei pazienti affetti da Covid-19 o in isolamento e di tutti i soggetti fragili, per rispondere ai loro bisogni di salute evitando dove possibile il ricorso all'ospedalizzazione impropria. In quest'ambito il decreto introduce anche la figura dell'infermiere di famiglia o di comunità. Tale figura professionale, ancorché non sviluppata nell'alveo di provvedimenti specifici inerenti le cure palliative e della terapia del dolore, contribuisce all'implementazione dei principi propri della clinical governance e delle modalità organizzative necessarie a garantire servizi ai malati con bisogni di cure palliative e di terapia del dolore. Il decreto, pertanto, introduce importanti scelte per lo sviluppo del territorio e delle cure palliative, prevedendo altresì, come sopra indicato, all'art. 5-ter, l'istituzione della scuola di specializzazione in medicina e cure palliative.

Mariadonata Bellentani
Ministero della salute

Gianlorenzo Scaccabarozzi
ASST Lecco. Consulente
Ministero della salute



INDICE



LEGGE 15 MARZO 2010, N. 38 E PROVVEDIMENTI ATTUATIVI

INDICE

Cap. a) LA LEGGE 38 DEL 2010	27
a.1 - Legge 15 marzo 2010, n. 38 - Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore (GU n. 65 del 19-3-2010)	29
a.2 - D.L. 30 dicembre 2019, n. 162 convertito, con modificazioni, dalla L.28 febbraio 2020, n. 8 (GU n. 51 del 19-2-2020, SO n. 10/L), ESTRATTO art. 25, comma 4-quinques: <i>integrazione art. 5, comma 2</i>	41
Cap. b) LO SVILUPPO DELLE RETI DI CURE PALLIATIVE (CP) E DI TERAPIA DEL DOLORE (TD)	45
b.I - Gli aspetti generali sullo sviluppo delle reti, le relative strutture e la caratterizzazione delle cure nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza (LEA)	47
b.1 - Accordo 28 ottobre 2010 – Accordo tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto ridenominato “Ospedale – Territorio senza dolore” di cui all'articolo 6, comma 1, della legge 15 marzo 2010, n. 38 (Rep. Atti n. 188/CSR)	49
b.2 - Parere del Consiglio Superiore di Sanità, sez. I, del 13 luglio 2010 sulla proposta di accordo relativa a “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”: <i>parere favorevole agli elementi contenuti nell'Accordo 16 dicembre 2010</i>	57
b.3 - Accordo 16 dicembre 2010 - Accordo, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della terapia del dolore (Rep. Atti n. 239/CSR): <i>previsione e descrizione delle strutture di governance regionale e aziendale della rete di CP e della rete di TD</i>	65

b.4 - Intesa 25 luglio 2012 - Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulla proposta del Ministro della salute, di cui all'art. 5 della legge 15 marzo 2010, n. 38, 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. (Rep. Atti n. 152/CSR)	73
b.5 - Intesa 19 febbraio 2015 - Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra Governo, Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie "(Rep. Atti n. 32/ CSR) - ESTRATTO Allegato sub A, punto 1.2.3: <i>cronoprogramma per la realizzazione delle reti di CP e di TD</i>	103
b.6 - Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 – Regolamento recante definizione degli standard strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera (GU n. 127 del 4-6-2015) - ESTRATTO Allegato 1, art. 10. Continuità ospedale–territorio: <i>previsione di completa attivazione degli hospice e assicurazione dell'accesso alle cure palliative specialistiche sul territorio da parte delle Regioni</i>	111
b.7 - Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 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 (GU n. 65 del 18-3-2017, SO n.15) - SINTESI ED ESTRATTO Articoli n. 15 (Assistenza specialistica ambulatoriale), n.21 (Percorsi assistenziali integrati), n.22 (Cure domiciliari), n.23 (Cure palliative domiciliari), n.31 (Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita), n.38 (Ricovero ordinario per acuti).	115
b.8 - Patto per la salute 2019-2021 - Intesa 18 dicembre 2019 – Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Patto per la salute per gli anni 2019-2021 (Rep. Atti n.209/CSR) - ESTRATTO Scheda 8. Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale: <i>tra gli obiettivi previsti nell'ambito dell'assistenza territoriale, la promozione di modalità e strumenti per una effettiva continuità assistenziale e una presa in carico unitaria della persona, dell'assistenza infermieristica di famiglia/di comunità e il potenziamento di politiche a favore delle cure palliative e della terapia del dolore.</i>	135
b.9 - Decreto rilancio - D.L. 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, nella legge 17 luglio 2020, n. 77 , recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" (GU n.128 del 19-5-2020 SO n.21). ESTRATTO Articolo 1 – Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale, comma 4: <i>potenziamento delle cure domiciliari, anche CP e TD</i>	145
b.II - L'accreditamento della rete di CP	149
b.10 - Accordo 27 luglio 2020 - 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)	151
b.III - L'accreditamento della rete di TD	171
b.11 - Accordo 27 luglio 2020 - Accordo ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38, sul documento "Accreditamento delle reti di terapia del dolore" (Rep. Atti n. 119/CSR)	173

●	b - ALLEGATI	—	191
●	Le prime norme nazionali su cure palliative e Hospice (L. 39/1999 e decreti 2000-2001)	—	193
	b.A - Legge 26 febbraio 1999, n. 39 – Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, recante disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000 (GU n. 48 del 27-2-1999)		195
	b.B - Decreto ministeriale 28 settembre 1999 – Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative (GU n. 55 del 7-3-2000) <u>Riferimento sitografico</u>		201
	b.C - Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 20 gennaio 2000 – Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative (GU n. 67 del 21-3-2000) <u>Riferimento sitografico</u>		203
●	Le norme sulle CP e sulla TD in ambito pediatrico (Accordi CSR 2007-2008)	—	207
	b.D - Accordo 27 giugno 2007 - Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in materia di cure palliative pediatriche (Rep. Atti n. 138/CSR)		209
	b.E - Accordo 20 marzo 2008 - Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente "Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche" (Rep. Atti n. 113/CSR)		215
●	Documenti di riferimento per lo sviluppo delle reti di CP e TD (2002, 2006, 2015).	—	235
	b.F - Documento conclusivo del Comitato Ospedalizzazione Domiciliare "Caratterizzazione dei Servizi di Cure Domiciliari", 30 settembre 2002 <u>Riferimento sitografico</u>		237
	b.G - Documento della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio", 2006 <u>Riferimento sitografico</u>		241
	b.H - Documento di consenso "Percorso integrato per la presa in carico della persona in condizioni di cronicità complesse e avanzate con bisogni di cure palliative", Conferenza di consenso, Firenze 27 giugno 2015 <u>Riferimento sitografico</u>		245

Cap. c) IL PERCORSO PER IL RICONOSCI- MENTO DELLA DISCIPLINA SPECIALISTICA IN CURE PALLIATIVE E I CODICI DELLE DISCIPLINE OSPEDALIERE IN CP E IN TD

249

c.I - L'individuazione della disciplina "cure palliative" 251

c.1 - Parere del Consiglio Superiore della Sanità, Sezione II, dell'11 dicembre 2012 sulla proposta relativa allo "Schema di accordo avente ad oggetto l'Istituzione della disciplina Cure Palliative" 253

c.2 - **Accordo 7 febbraio 2013** - Accordo ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla definizione delle discipline nelle quali sono conferiti gli incarichi di struttura complessa nelle Aziende sanitarie, ai sensi dell'art. 4, comma 1, del DPR 10 dicembre 1997, n. 487 (Rep. Atti n. 57/CSR) - Allegato A, Area della medicina diagnostica e dei servizi: *Individuazione della disciplina "Cure palliative"* 259

c.3 - **Decreto ministeriale 28 marzo 2013** - Modifica ed integrazione delle Tabelle A e B di cui al decreto 30 gennaio 1998, relative ai servizi ed alle specializzazioni equipollenti (GU n. 94 del 22-04-2013) 269

c.4 - **Accordo 26 settembre 2013** - Accordo ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano recante "Elenco nazionale dei Direttori di struttura complessa ai fini della composizione delle commissioni di valutazione per il conferimento degli incarichi di struttura complessa per i profili professionale della dirigenza del ruolo sanitario" (Rep. Atti n. 134/CSR) - Allegato I Disciplinare tecnico per l'alimentazione del flusso informativo dell'elenco nazionale. ESTRATTO punto 5. I codici delle professioni e delle discipline: *Inserimento del codice 114 per la disciplina "cure palliative"*. 271

c.5 - **Decreto ministeriale 23 marzo 2018** - Modifica al decreto 30 gennaio 1998 e successive modificazioni recante: "Tabelle relative alle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale." (GU n.83 del 10-4-2018) - Allegato A - Area della Medicina diagnostica e dei servizi 277

c.6 - **Decreto-legge 30 dicembre 2019, n. 162, coordinato con la legge di conversione 28 febbraio 2020, n. 8**, recante "Disposizioni urgenti in materia di proroga di termini legislativi, di organizzazione delle pubbliche amministrazioni, nonché di innovazione tecnologica" (GU n. 51 del 29-2-2020 - SO n. 10/L) - ESTRATTO articolo 25, comma 4-quinquies: *modifica dell'articolo 5, comma 2 della legge 38/2010 con l'inserimento della specializzazione in medicina di comunità e delle cure primarie, e comma 4-sexies: disposizione temporale per la modifica delle relative Tabelle.* 281

c.II - La certificazione dell'esperienza in CP 285

c.7 - **Legge di stabilità 2014** - Legge 27 dicembre 2013, n. 147 (GU n. 302 del 27-12-2013 - SO n. 87) - ESTRATTO articolo 1, comma 425: *deroga della disciplina concorsuale e riconoscimento dell'esperienza triennale maturata nell'ambito delle cure palliative per l'idoneità ad operare nelle reti di CP* 287

c.8 - Decreto ministeriale 4 giugno 2015 - Individuazione dei criteri per la certificazione dell'esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate, di cui alla legge 27 dicembre 2013, n. 147, comma 425 (GU n. 150 del 1-7-2015)	289
c.9 - Legge 30 dicembre 2018, n. 145 - Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021 (GU n.302 del 31-12-2018 - SO n. 62) - ESTRATTO articolo 1, comma 522: <i>seconda deroga della disciplina con- corsuale e riconoscimento dell'esperienza triennale maturata nell'ambito delle cure palliative per l'idoneità ad operare nelle reti di CP.</i>	293
c.10 Proroga dei termini previsti dalla L. 145/2018 sulla certificazione dell'esperienza in CP - Decreto-legge 30 dicembre 2019, n. 162, coordinato con la legge di conversione 28 febbraio 2020, n. 8 - ESTRATTO articolo 5, comma 4: <i>prevede una proroga di diciotto mesi dei termini di attuazione della deroga prevista dalla L. 145/2018 art. 1, comma 522; Legge 30 dicembre 2020, n. 178 (L. bilancio 2021) - ESTRATTO articolo 1, comma 405: proroga gli stessi termini al 31 dicembre 2020.</i>	295
c.III - Il Codice della disciplina CP e il codice della disciplina TD	299
c.11 - Decreto ministeriale 21 novembre 2018 "Aggiornamento dei codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere" (GU n. 38 del 14-2-2019): <i>codice 99 per le CP e codice 96 per la TD</i>	301
c.IV - I quesiti e le risposte istituzionali sul riconoscimento dell'esperienza in CP	307
c.12 - Nota SSR Emilia Romagna-ASL Bologna al Ministero della salute, Direzione generale delle professioni sanitarie (DGPROF): Richiesta chiarimenti in ordine alla partecipazione ai concorsi pubblici nella disciplina di "Cure palliative" (Prot. 0089210 del 01/08/2019)	309
c.12 bis - Nota di risposta Ministero della salute, DGPROF (Prot. n. 0046775 del 23/09/2019)	315
c.13 - Nota Regione Lombardia-ASST Lecco al Ministero della salute, Direttore generale della DGPROF: Quesito in ordine all'inquadramento dei medici palliativisti dipendenti della ASST di Lecco assegnati alla UOC cure Palliative – Dipartimento della Fragilità/Rete locale di Cure Palliative assunti in data antecedente l'istituzione della "Disciplina Cure Palliative" (Prot. n. 0036082/19U1.4.3 del 02/08/2019)	319
c.13 bis - Nota di risposta del Ministero della salute, DGPROF (Prot. n.0047184 del 25/09/2019)	323
c - ALLEGATO	329
c.A - Accordo 22 gennaio 2015 – Accordo, ai sensi dell'articolo 5, comma 2, della legge 15 marzo 2010, n. 38 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sul decreto ministeriale recante "Individuazione dei criteri per la certificazione della esperienza triennale nel campo delle cure palliative pubbliche e private accreditate, di cui alla legge 27 dicembre 2013, n. 147, comma 425" (Rep. Atti n. 1/CSR)	331

Cap. d) LE COMPETENZE DEI PROFESSIONISTI OPERANTI NELLE RETI — 337

d.1 - Accordo 10 luglio 2014 - Accordo ai sensi dell'art. 5, comma 2, della legge 15 marzo 2010, n. 38 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano di individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative, nella rete di 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) 339

Cap. e) LA FORMAZIONE IN CURE PALLIATIVE E IN TERAPIA DEL DOLORE — 363

e.I - La formazione accademica 365

e.I.A - L'istituzione di Master in cure palliative e in terapia del dolore (GU n.89 del 16-4-2012) 367

e.I.A.1 - Decreto ministeriale* 4 aprile 2012 - Istituzione del Master universitario di Alta Formazione e Qualificazione in "Terapia del dolore" per medici specialisti 369

e.I.A.2 - Decreto ministeriale* 4 aprile 2012 - Istituzione del Master universitario di Alta Formazione e Qualificazione in "Cure palliative" per medici specialisti 375

e.I.A.3 - Decreto ministeriale* 4 aprile 2012 - Istituzione del Master universitario di Alta Formazione e Qualificazione in "Terapia del dolore e cure palliative pediatriche" per medici pediatri 381

e.I.A.4 - Decreto ministeriale* 4 aprile 2012 - Istituzione del Master universitario di I livello in "Cure palliative e terapia del dolore" per professioni sanitarie 387

e.I.A.5 - Decreto ministeriale* 4 aprile 2012 - Istituzione del Master universitario di II livello in "Cure palliative e terapia del dolore" per psicologi 393

**Decreto del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) di concerto con il Ministro della Salute*

e.I.B - L'introduzione di Crediti Formativi Universitari (CFU) nei corsi di laurea in medicina e chirurgia, scienze infermieristiche, psicologia, servizio sociale 399

e.I.B.1 - Circolare del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) prot. n. 512 del 10/01/2020: Insegnamento e apprendimento delle cure palliative e della terapia del dolore 401

e.I.B.1 bis - Documento allegato alla circolare MIUR n. 512/2020: "Programma per l'insegnamento/apprendimento delle cure palliative (CP) e della terapia del dolore (TD)" nei corsi di laurea in medicina e chirurgia, scienze infermieristiche, psicologia, servizio sociale 405

e.I.B.1 tris - Allegati al documento: Riferimento sitografico 421

- Decreto di istituzione del Gruppo di Lavoro MIUR
- Mozioni delle conferenze permanenti
- Tabelle con l'indicazione delle competenze specifiche e abilità in CP e in TD
- Osservazioni e proposte in merito ai SSD -Settori scientifici disciplinari;
- Esempi di percorsi formativi nei CdL - Corsi di laurea

■	e.I.C - L'istituzione della Scuola di specializzazione in medicina e cure palliative	425
	e.I.C.1 - D.L. 19 maggio 2020 , n. 34 (GU n. 128 del 19-5-2020, SO n. 21 /L) coordinato con la legge di conversione 17 luglio 2020, n. 77 recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID - 19" (GU n. 180 del 18-7-2020- SO n. 25) - ESTRATTO articolo 5 ter: <i>Istituzione della Scuola di specializzazione in medicina e cure palliative</i>	427
■	e.II - La formazione continua in ambito sanitario (ECM)	431
	e.II.1 - Documento di aggiornamento delle Specifiche funzionali del tracciato contenente i Crediti attribuiti ai partecipanti di attività formative ECM – Commissione Nazionale Formazione continua Agenas, luglio 2014, versione 1.14 – ESTRATTO Allegato D: <i>nella Lista degli obiettivi formativi, inserimento del codice 21 - Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione.</i> Allegato G: <i>inserimento, con il codice 114, della disciplina Cure palliative.</i>	433
	e.II.2 - Documento di aggiornamento delle Specifiche funzionali del tracciato contenente i Crediti attribuiti ai partecipanti di attività formative ECM – Sistema di accreditamento dei provider in Educazione Continua in Medicina (ECM) della Commissione Nazionale Formazione continua Agenas, dicembre 2018, versione 1.18 ESTRATTO Allegato D: <i>nella lista obiettivi formativi valida fino al 31/12/2018 e nella lista obiettivi formativi valida a partire dal 01/01/2019: è presente il codice 21 - Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione;</i> Allegato G: <i>presenza del codice disciplina 114 - Cure palliative.</i>	439
■	e.III - La formazione del volontariato	449
	e.III.1 - Intesa 9 luglio 2020 – Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 sul documento "Definizione di profili formativi omogenei per le attività di volontariato nell'ambito delle reti di cure palliative e di terapia del dolore ai sensi dell'articolo 8, comma 4, della legge 15 marzo 2010, n. 38" (Rep. Atti n. 103/CSR)	451
	Cap. f) LE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)	465
	f.1 - Decreto del Ministro dell'Interno 23 dicembre 2015 - Modalità tecniche di emissione della Carta d'identità elettronica (GU n.302 del 30-12-2015) - ESTRATTO articolo 16: Donazione di organi e tessuti	467
	f.2 - Legge 22 dicembre 2017, n. 219 – Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento (GU n.12 del 16-1-2018)	473
	f.3 - Decreto ministeriale 10 dicembre 2019, n. 168 – Regolamento concernente la banca dati nazionale destinata alla registrazione delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) (GU n.13 del 17-1-2020)	479
	f.4 - Circolare n. 2/2020 del Ministero dell'interno – Decreto del Ministro della salute 10 dicembre 2019, n. 168, recante "Regolamento concernente la banca dati nazionale destinata alla registrazione delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT)". Indicazioni tecnico-operative. <u>Riferimento sitografico</u>	487

f - ALLEGATI

491

f.A - Documento del Comitato nazionale per la bioetica "Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana" del 14 luglio 1995: Titolo e indice 493

[Riferimento sitografico](#)

f.B - Documento del Comitato nazionale per la bioetica "Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte" del 29 gennaio 2016 497

[Riferimento sitografico](#)

f.C - Documento del Comitato nazionale per la bioetica "Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito" del 18 luglio 2019 501

[Riferimento sitografico](#)

Cap. g) I FARMACI OFF LABEL E LE CURE PALLIATIVE

505

g.1 - **Determina AIFA 22 novembre 2018 n. 128842** - Inserimento nuovo elenco per uso consolidato relativo ai farmaci per le cure palliative in pediatria istituito ai sensi dell'articolo 1, comma 4 del decreto legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648, erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale. (GU n. 281 del 3-12-2018) 507

[Riferimento sitografico](#)

g.2 - **Determina AIFA 22 novembre 2018 n. 128843** - Inserimento nuovo elenco per uso consolidato relativo a farmaci per le cure palliative nell'adulto istituito ai sensi dell'articolo 1, comma 4 del decreto legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648, erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale. (GU n. 281 del 3-12-2018) 511

[Riferimento sitografico](#)

Cap. h) GLI STANDARD ED I FLUSSI INFORMATIVI

515

h.I - **Gli standard relativi alle cure palliative** 517

h.I.1 - **Decreto ministeriale 22 febbraio 2007, n. 43** - Regolamento recante "Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n.311" (GU n. 81 del 6-4-2007) 519

h.II - **I flussi informativi di riferimento** 531

h.II.A - **Il flusso per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (Flusso SIAD)** 533

h.II.A.1 - **Decreto ministeriale 17 dicembre 2008** - Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (GU n. 6 del 9-1-2009) 535

[Riferimento sitografico](#)

h.II.A.2 - **Decreto ministeriale 6 agosto 2012** - Modifiche al decreto 17 dicembre 2008, recante istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (Modifica Flusso SIAD) (GU n. 197 del 24-8-2012) 539

■	h.II.B - Il flusso per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice (Flusso Hospice)	559
	h.II.B.1 - Decreto ministeriale 6 giugno 2012 - Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice (GU n. 142 del 20-6-2012)	561
	Cap. i) LA REMUNERAZIONE DELL'ATTIVITÀ IN CP E IN TD NELL'AMBITO DELLA MOBILITÀ INTERREGIONALE SANITARIA	579
	i.1 - Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante "Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria aggiornato all'anno 2018 – Regole tecniche", di cui all'articolo 9, comma 2 dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016. (Rep. Atti 103/CSR del 20 giugno 2019)	581
	<u>Riferimento sitografico</u>	
	i.2 - Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2 dell'intesa del 10 luglio 2014, atto Rep. N. 82 CSR, concernente il nuovo patto per la salute per gli anni 2014-2016, sul documento recante "Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria aggiornato all'anno 2019 – Regole tecniche" (Rep. Atti 101/CSR del 9 luglio 2020)	585
	<u>Riferimento sitografico</u>	
	Cap. I) L'INTRODUZIONE DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ(IFC) SUL TERRITORIO: UNA IMPORTANTE RISORSA PER LE RETI LOCALI DI CP E TD	589
	I.1 - Documento approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome il 10 settembre 2020 recante "Linee di indirizzo Infermiere di famiglia/comunità ex L. 17 luglio 2020 n. 77": il documento delinea orientamenti organizzativi e formativi adattabili alle diverse realtà regionali.	591
	APPENDICI AL TESTO	597
	A - Il progetto Demetra Protocollo	597
	<u>Riferimento sitografico</u>	
	B - Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" Anni 2015-2017	597
	<u>Riferimento sitografico</u>	
	C - INDICE CRONOLOGICO	601

Capitolo

a

LA LEGGE 38 DEL 2010

a.1

Legge 15 marzo 2010, n. 38
"Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative
e alla terapia del dolore" (GU n. 65 del 19-3-2010)

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGI: 11 marzo 2010, n. 38

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

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

ART. 1.
(Finalità)

1. La presente legge tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore.

2. È tutelato e garantito, in particolare, l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato, come definito dall'articolo 2, comma 1, lettera c), nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001,

pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, ai sensi dell'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

3. Per i fini di cui ai commi 1 e 2, le strutture sanitarie che erogano cure pal-

— 1 —



lative e terapia del dolore assicurano un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:

- a) tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione;
- b) tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine;
- c) adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia.

Art. 2.

(Definizioni)

1. Ai fini della presente legge si intende per:

a) « cure palliative »: l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'irreversibile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici;

b) « terapia del dolore »: l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore;

c) « malato »: la persona affetta da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita, nonché la persona affetta da una patologia dolorosa cronica da moderata a severa;

d) « reti »: la rete nazionale per le cure palliative e la rete nazionale per la terapia del dolore, volte a garantire la continuità assistenziale del malato dalla

struttura ospedaliera al suo domicilio e costituite dall'insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici disponibili nelle regioni e nelle province autonome, dedicati all'erogazione delle cure palliative, al controllo del dolore in tutte le fasi della malattia, con particolare riferimento alle fasi avanzate e terminali della stessa, e al supporto dei malati e dei loro familiari;

e) « assistenza residenziale »: l'insieme degli interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali nelle cure palliative erogati ininterrottamente da équipe multidisciplinari presso una struttura, denominata « hospice »;

f) « assistenza domiciliare »: l'insieme degli interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali che garantiscono l'erogazione di cure palliative e di terapia del dolore al domicilio della persona malata, per ciò che riguarda sia gli interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia quelli delle équipe specialistiche di cure palliative, di cui il medico di medicina generale è in ogni caso parte integrante, garantendo una continuità assistenziale ininterrotta;

g) « day hospice »: l'articolazione organizzativa degli hospice che eroga prestazioni diagnostico-terapeutiche e assistenziali a ciclo diurno non eseguiti a domicilio;

h) « assistenza specialistica di terapia del dolore »: l'insieme degli interventi sanitari e assistenziali di terapia del dolore erogati in regime ambulatoriale, di day hospital e di ricovero ordinario e sul territorio da équipe specialistiche.

Art. 3.

(Competenze del Ministero della salute e della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano)

1. Le cure palliative e la terapia del dolore costituiscono obiettivi prioritari del



Piano sanitario nazionale ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni.

2. Nel rispetto delle disposizioni sul riparto delle competenze in materia tra Stato e regione, il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, definisce le linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali negli ambiti individuati dalla presente legge, previo parere del Consiglio superiore di sanità, tenuto conto anche dell'accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in materia di cure palliative pediatriche sottoscritto il 27 giugno 2007 e del documento tecnico sulle cure palliative pediatriche approvato il 20 marzo 2008 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

3. L'attuazione dei principi della presente legge in conformità alle linee guida definite ai sensi del comma 2 costituisce adempimento regionale ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato.

4. Il Comitato paritetico permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 9 dell'intesa sottoscritta il 23 marzo 2005 tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, valuta annualmente lo stato di attuazione della presente legge, con particolare riguardo all'appropriatezza e all'efficienza dell'utilizzo delle risorse e alla verifica della congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione.

Art. 4.

(Campagne di informazione).

1. Il Ministero della salute, d'intesa con le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, promuove nel triennio 2010-2012 la realizzazione di campeg-

ghe istituzionali di comunicazione destinate a informare i cittadini sulle modalità e sui criteri di accesso alle prestazioni e ai programmi di assistenza in materia di cure palliative e di terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative, anche attraverso il coinvolgimento e la collaborazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, delle farmacie pubbliche e private nonché delle organizzazioni private senza scopo di lucro impegnate nella tutela dei diritti in ambito sanitario ovvero operanti sul territorio nella lotta contro il dolore e nell'assistenza nel settore delle cure palliative.

2. Le campagne di cui al comma 1 promuovono e diffondono nell'opinione pubblica la consapevolezza della rilevanza delle cure palliative, anche delle cure palliative pediatriche, e della terapia del dolore, al fine di promuovere la cultura della lotta contro il dolore e il superamento del pregiudizio relativo all'utilizzazione dei farmaci per il trattamento del dolore, illustrandone il fondamentale contributo alla tutela della dignità della persona umana e al supporto per i malati e per i loro familiari.

3. Per la realizzazione delle campagne di cui al presente articolo è autorizzata la spesa di 50.000 euro per l'anno 2010 e di 150.000 euro per ciascuno degli anni 2011 e 2012.

Art. 5.

(Reti nazionali per le cure palliative e per la terapia del dolore).

1. Al fine di consentire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze del malato in conformità agli obiettivi del Piano sanitario nazionale e comunque garantendo i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, il Ministero della salute attiva una specifica rilevazione sui presidi ospedalieri e territoriali e sulle prestazioni assicurate in ciascuna regione dalle strut-



ture del Servizio sanitario nazionale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, al fine di promuovere l'attivazione e l'integrazione delle due reti a livello regionale e nazionale e la loro uniformità su tutto il territorio nazionale.

2. Con accordo stipulato entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della salute, sono individuate le figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche per l'età pediatrica, con particolare riferimento ai medici di medicina generale e ai medici specialisti in anestesia e rianimazione, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia, pediatria, ai medici con esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, agli infermieri, agli psicologi e agli assistenti sociali nonché alle altre figure professionali ritenute essenziali. Con il medesimo accordo sono altresì individuate le tipologie di strutture nelle quali le due reti si articolano a livello regionale, nonché le modalità per assicurare il coordinamento delle due reti a livello nazionale e regionale.

3. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della salute, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, mediante intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sono definiti i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore domiciliari presenti in ciascuna regione, al fine di definire la rete per le cure palliative e la rete per la terapia del dolore, con particolare riferimento ad adeguati standard strutturali qualitativi o quantitativi, ad una pianta organica adeguata alle necessità di cura della popolazione residente e ad una disponibilità adeguata di figure profes-

sionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche con riguardo al supporto alle famiglie. Per le cure palliative e la terapia del dolore in età pediatrica, l'intesa di cui al precedente periodo tiene conto dei requisiti di cui all'accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sottoscritto il 27 giugno 2007 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e del documento tecnico approvato il 20 marzo 2008.

4. L'intesa di cui al comma 3 prevede, tra le modalità organizzative necessarie per l'accreditamento come struttura appartenente alle due reti, quelle volte a consentire l'integrazione tra le strutture di assistenza residenziale e le unità operative di assistenza domiciliare. La medesima intesa provvede a definire un sistema tariffario di riferimento per le attività erogate dalla rete delle cure palliative e dalla rete della terapia del dolore per permettere il superamento delle difformità attualmente presenti a livello interregionale e per garantire una omogenea erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

5. All'attuazione del presente articolo si provvede, ai sensi dell'articolo 12, comma 2, nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

ART. 6.

(Progetto « Ospedale-Territorio senza dolore »).

1. Al fine di rafforzare l'attività svolta dai Comitati « Ospedale senza dolore » istituiti in attuazione del progetto « Ospedale senza dolore » di cui all'accordo tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in data 24 maggio 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 149 del 29 giugno 2001, che assume la denominazione di progetto « Ospedale-Territorio senza dolore », è autorizzata la spesa di 1.450.000



euro per l'anno 2010 e di 1.000.000 di euro per l'anno 2011.

2. Con accordo stipulato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le risorse di cui al comma 1 sono ripartite e destinate a iniziative, anche di carattere formativo e sperimentale, volte a sviluppare il coordinamento delle azioni di cura del dolore favorendone l'integrazione a livello territoriale.

3. Con l'accordo di cui al comma 2 sono altresì stabiliti modalità e indicatori per la verifica dello stato di attuazione a livello regionale del progetto di cui al comma 1.

ART. 7.

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

1. All'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, devono essere riportati le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica analgesica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato analgesico conseguito.

2. In ottemperanza alle linee guida del progetto «Ospedale senza dolore», previste dall'accordo tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in data 24 maggio 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 149 del 29 giugno 2001, le strutture sanitarie hanno facoltà di scegliere gli strumenti più adeguati, tra quelli validati, per la valutazione e la rilevazione del dolore da riportare all'interno della cartella clinica ai sensi del comma 1.

ART. 8.

(Formazione e aggiornamento del personale medico e sanitario in materia di cure palliative e di terapia del dolore)

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministro

dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni, individua con uno o più decreti i criteri generali per la disciplina degli ordinamenti didattici di specifici percorsi formativi in materia di cure palliative e di terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative. Con i medesimi decreti sono individuati i criteri per l'istituzione di master in cure palliative e nella terapia del dolore.

2. In sede di attuazione dei programmi obbligatori di formazione continua in medicina di cui all'articolo 16-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, la Commissione nazionale per la formazione continua, costituita ai sensi dell'articolo 2, comma 157, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, prevede che l'aggiornamento periodico del personale medico, sanitario e socio-sanitario, impegnato nella terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative e nell'assistenza nel settore delle cure palliative, e in particolare di medici ospedalieri, medici specialisti ambulatoriali territoriali, medici di medicina generale e di comunità associenziale e pediatri di libera scelta, si realizzi attraverso il conseguimento di crediti formativi su percorsi assistenziali multidisciplinari e multiprofessionali.

3. L'accordo di cui all'articolo 5, comma 2, individua i contenuti dei percorsi formativi obbligatori ai sensi della normativa vigente ai fini dello svolgimento di attività professionale nelle strutture sanitarie pubbliche e private e nelle organizzazioni senza scopo di lucro operanti nell'ambito delle due reti per le cure palliative e per la terapia del dolore, ivi inclusi i periodi di tirocinio obbligatorio presso le strutture delle due reti.

4. In sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della salute, mediante intesa ai sensi dell'articolo 8,



comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sentite le principali società scientifiche e organizzazioni senza scopo di lucro operanti nel settore delle cure palliative e della terapia del dolore, sono definiti percorsi formativi omogenei su tutto il territorio nazionale per i volontari che operano nell'ambito delle due reti.

5. All'attuazione del presente articolo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

ART. 9.

(Monitoraggio ministeriale per le cure palliative e per la terapia del dolore).

1. Presso il Ministero della salute è attivato, eventualmente anche attraverso l'istituzione di una commissione nazionale, avvalendosi delle risorse umane disponibili a legislazione vigente, il monitoraggio per le cure palliative e per la terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano forniscono tutte le informazioni e i dati utili all'attività del Ministero e possono accedere al complesso dei dati e delle informazioni in possesso del Ministero. Il Ministero, alla cui attività collaborano l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, la Commissione nazionale per la formazione continua, l'Agenzia italiana del farmaco e l'Istituto superiore di sanità, fornisce anche alle regioni elementi per la valutazione dell'andamento della prescrizione dei farmaci utilizzati per la terapia del dolore, del livello di attuazione delle linee guida di cui all'articolo 3, comma 2, nonché dello stato di realizzazione e di sviluppo delle due reti su tutto il territorio nazionale, con particolare riferimento alle disomogeneità territoriali e all'erogazione delle cure palliative in età neonatale, pediatrica e adolescenziale. Il Ministero provvede a monitorare, in particolare:

a) i dati relativi alla prescrizione e all'utilizzazione di farmaci nella terapia

del dolore, e in particolare dei farmaci analgesici oppiacei;

b) lo sviluppo delle due reti, con particolare riferimento alla verifica del rispetto degli indicatori e dei criteri nazionali previsti dalla normativa vigente;

c) lo stato di avanzamento delle due reti, anche con riferimento al livello di integrazione delle strutture che ne fanno parte;

d) le prestazioni erogate e gli esiti delle stesse, anche attraverso l'analisi qualitativa e quantitativa dell'attività delle strutture delle due reti;

e) le attività di formazione a livello nazionale e regionale;

f) le campagne di informazione a livello nazionale e regionale;

g) le attività di ricerca;

h) gli aspetti economici relativi alla realizzazione e allo sviluppo delle due reti.

2. Entro il 31 dicembre di ciascun anno, il Ministero della salute redige un rapporto, finalizzato a rilevare l'andamento delle prescrizioni di farmaci per la terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative, con particolare riferimento ai farmaci analgesici oppiacei, a monitorare lo stato di avanzamento delle due reti su tutto il territorio nazionale e il livello di omogeneità e di adeguatezza delle stesse, formulando proposte per la risoluzione dei problemi e delle criticità eventualmente rilevati, anche al fine di garantire livelli omogenei di trattamento del dolore su tutto il territorio nazionale.

3. Nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, il Ministero della salute può avvalersi di figure professionali del Servizio sanitario



nazionale con dimostrate competenze specifiche e, anche tramite apposite convenzioni, della collaborazione di istituti di ricerca, società scientifiche e organizzazioni senza scopo di lucro operanti nei settori delle cure palliative e della terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative.

4. Per le spese di funzionamento di tale attività, fatto salvo quanto previsto dal comma 3, è autorizzata la spesa di 150.000 euro annui a decorrere dall'anno 2010.

Art. 10.

(Semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore)

1. Al testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 14, comma 1, lettera c), dopo il numero 3) è aggiunto il seguente:

« 3-bis) in considerazione delle prioritarie esigenze terapeutiche nei confronti del dolore severo, composti medicinali utilizzati in terapia del dolore elencati nell'allegato III-bis, limitatamente alle forme farmaceutiche diverse da quella parenterale »;

b) nel titolo II, dopo l'articolo 25 è aggiunto il seguente:

« Art. 25-bis. - *(Distruzione delle sostanze e delle composizioni in possesso dei soggetti di cui all'articolo 17 e delle farmacie)*. - 1. Le sostanze e le composizioni scadute o deteriorate non utilizzabili farmacologicamente, limitatamente a quelle soggette all'obbligo di registrazione, in possesso dei soggetti autorizzati ai sensi dell'articolo 17, sono distrutte previa autorizzazione del Ministero della salute.

2. La distruzione delle sostanze e composizioni di cui al comma 1 in possesso delle farmacie è effettuata dall'azienda sanitaria locale ovvero da un'azienda autorizzata allo smaltimento dei rifiuti sanitari. Delle operazioni di distruzione di cui al presente comma è redatto apposito verbale e, nel caso in cui la distruzione avvenga per il tramite di un'azienda autorizzata allo smaltimento dei rifiuti sanitari, il farmacista trasmette all'azienda sanitaria locale il relativo verbale. Gli oneri di trasporto, distruzione e gli altri eventuali oneri connessi sono a carico delle farmacie richiedenti la distruzione.

3. Le Forze di polizia assicurano, nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente, adeguata assistenza alle operazioni di distruzione di cui al presente articolo »;

c) all'articolo 38, il primo e il secondo periodo del comma 1 sono sostituiti dal seguente: « La vendita o cessione, a qualsiasi titolo, anche gratuito, delle sostanze e dei medicinali compresi nelle tabelle I e II, sezioni A, B e C, di cui all'articolo 14 è fatta alle persone autorizzate ai sensi del presente testo unico in base a richiesta scritta da staccarsi da apposito bollettario "buoni acquisto" conforme al modello predisposto dal Ministero della salute »;

d) all'articolo 41, comma 1-bis, le parole: « di pazienti affetti da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa » sono sostituite dalle seguenti: « di malati che hanno accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore secondo le vigenti disposizioni »;

e) all'articolo 43, dopo il comma 4 è inserito il seguente:

« 4-bis. Per la prescrizione, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, di farmaci previsti dall'allegato III-bis per il trattamento di pazienti affetti da dolore severo, in luogo del ricettario di cui al comma 1, contengono le ricette a ricalco di cui al comma 4, può essere utilizzato il ricettario del Servizio sanitario nazionale, disciplinato dal decreto del Ministro dell'econo-



mia e delle finanze 17 marzo 2008, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 86 dell'11 aprile 2008. Il Ministro della salute, sentiti il Consiglio superiore di sanità e la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le politiche antidroga, può, con proprio decreto, aggiornare l'elenco dei farmaci di cui all'allegato III-bis »;

f) all'articolo 43, commi 7 e 8, le parole: « di pazienti affetti da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa » sono sostituite dalle seguenti: « di malati che hanno accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore secondo le vigenti disposizioni »;

g) all'articolo 43, comma 1, le parole: « che si accerta dell'identità dell'acquirente e prende nota degli estremi di un documento di riconoscimento da trascrivere sulla ricetta » sono sostituite dalle seguenti: « che annota sulla ricetta il nome, il cognome e gli estremi di un documento di riconoscimento dell'acquirente »;

h) all'articolo 45, comma 2, le parole: « sulle ricette previste dal comma 1 » sono sostituite dalle seguenti: « sulle ricette previste dai commi 1 e 4-bis »;

i) all'articolo 45, dopo il comma 3 è inserito il seguente:

« 3-bis. Il farmacista spedisce comunque le ricette che prescrivano un quantitativo che, in relazione alla posologia indicata, superi teoricamente il limite massimo di terapia di trenta giorni, ove l'eccezione sia dovuta al numero di unità posologiche contenute nelle confezioni in commercio. In caso di ricette che prescrivano una cura di durata superiore a trenta giorni, il farmacista consegna un numero di confezioni sufficiente a coprire trenta giorni di terapia, in relazione alla posologia indicata, dandone comunicazione al medico prescrittore »;

l) all'articolo 45, dopo il comma 6 è inserito il seguente:

« 6-bis. All'atto della dispensazione dei medicinali inseriti nella sezione D della

tabella II, successivamente alla data del 15 giugno 2009, limitatamente alle ricette diverse da quella di cui al decreto del Ministro della salute 30 marzo 2006, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 31 marzo 2006, o da quella del Servizio sanitario nazionale, disciplinata dal decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 17 marzo 2008, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 86 dell'11 aprile 2008, il farmacista deve annotare sulla ricetta il nome, il cognome e gli estremi di un documento di riconoscimento dell'acquirente. Il farmacista conserva per due anni, a partire dal giorno dell'ultima registrazione, copia o fotocopia della ricetta ai fini della dimostrazione della liceità del possesso dei farmaci consegnati dallo stesso farmacista al paziente o alla persona che li ritira »;

m) all'articolo 45, dopo il comma 10 è aggiunto il seguente:

« 10-bis. Su richiesta del cliente e in caso di ricette che prescrivono più confezioni, il farmacista, previa specifica annotazione sulla ricetta, può spedirla in via definitiva consegnando un numero di confezioni inferiore a quello prescritto, dandone comunicazione al medico prescrittore, ovvero può consegnare, in modo frazionato, le confezioni, purché entro il termine di validità della ricetta e previa annotazione del numero di confezioni volta per volta consegnato »;

n) all'articolo 60:

1) al comma 1, sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: « Lo stesso termine è ridotto a due anni per le farmacie aperte al pubblico e per le farmacie ospedaliere. I direttori sanitari e i titolari di gabinetto di cui all'articolo 42, comma 1, conservano il registro di cui al presente comma per due anni dal giorno dell'ultima registrazione »;

2) il comma 2 è sostituito dal seguente:

« 2. I responsabili delle farmacie aperte al pubblico e delle farmacie ospi-



daliere nonché delle aziende autorizzate al commercio all'ingrosso riportano sul registro il movimento dei medicinali di cui alla tabella II, sezioni A, B e C, secondo le modalità indicate al comma 1 e nel termine di quarantotto ore dalla dispensazione »;

3) al comma 4, dopo le parole: « Ministero della salute » sono aggiunte le seguenti: « e possono essere composti da un numero di pagine adeguato alla quantità di stupefacenti normalmente detenuti e movimentati »;

o) all'articolo 62, comma 1, le parole: « sezioni A e C, » sono sostituite dalle seguenti: « sezioni A, B e C, »;

p) all'articolo 63:

1) al comma 1, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « Tale registro è conservato per dieci anni a far data dall'ultima registrazione »;

2) il comma 2 è abrogato;

q) all'articolo 64, comma 1, le parole: « previsto dagli articoli 42, 46 e 47 » sono sostituite dalle seguenti: « previsto dagli articoli 46 e 47 »;

r) all'articolo 68, dopo il comma 1 è aggiunto il seguente:

« 1-bis. Qualora le irregolarità riscontrate siano relative a violazioni della normativa regolamentare sulla tenuta dei registri di cui al comma 1, si applica la sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 500 a euro 1.500 »;

s) all'articolo 73, comma 4, le parole: « e C, di cui all'articolo 14 » sono sostituite dalle seguenti: « , C e D, limitatamente a quelli indicati nel numero 3-bis) della lettera e) del comma 1 dell'articolo 14 »;

t) all'articolo 75, comma 1, le parole: « e C » sono sostituite dalle seguenti: « , C e D, limitatamente a quelli indicati nel numero 3-bis) della lettera e) del comma 1 dell'articolo 14 ».

Art. 11.

(Relazione annuale al Parlamento).

1. Il Ministro della salute, entro il 31 dicembre di ogni anno, presenta una relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della presente legge, riferendo anche in merito alle informazioni e ai dati raccolti con il monitoraggio di cui all'articolo 9.

2. Ai fini di cui al comma 1, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano trasmettono al Ministro della salute, entro il 31 ottobre di ciascun anno, tutti i dati relativi agli interventi di loro competenza disciplinati dalla presente legge.

Art. 12.

(Copertura finanziaria).

1. Agli oneri derivanti dall'articolo 4, comma 3, dall'articolo 6, comma 1, e dall'articolo 9, comma 4, pari a 1.650.000 euro per l'anno 2010, a 1.300.000 euro per l'anno 2011, a 300.000 euro per l'anno 2012 e a 150.000 euro a decorrere dall'anno 2013, si provvede, quanto a 650.000 euro per l'anno 2010, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 48, comma 9, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, come rideterminata dalla Tabella C allegata alla legge 23 dicembre 2009, n. 191, e, quanto a 1.000.000 di euro per l'anno 2010, a 1.300.000 euro per l'anno 2011 e a 300.000 euro per l'anno 2012, mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2010-2012, nell'ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione « Fondi da ripartire » dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2010, allo scopo parzialmente utilizzando gli accantonamenti di cui alla tabella 1 annessa alla presente legge.



2. Per la realizzazione delle finalità di cui alla presente legge, il Comitato interministeriale per la programmazione economica, in attuazione dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, vincola, per un importo non inferiore a 100 milioni di euro annui, una quota del Fondo sanitario nazionale su

proposta del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

3. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

TABELLA 1
(Articolo 12, comma 1)

(migliaia di euro)

	2010	2011	2012
Ministero dell'economia e delle finanze	300	—	250
Ministero dell'Interno	800	1.300	30
Totale	1.000	1.300	300

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Dato a Roma, addì 15 marzo 2010

NAPOLITANO

Ministro, Presidente del Consiglio dei Ministri

Visto, il Guardasigilli, ALESSI

LAVORI PREPARATORI

Camera dei deputati (atto n. 626)

Presentato dall'on. Paolo Divo (1) ed altri il 21 aprile 2009.

Assegnato alla XII commissione (Affari sociali) in sede referente, il 20 luglio 2009 con parere della commissione I, V, VIII, XIV e Quindici separati.

Esaminato dalla XII commissione il 21, 29 ottobre 2009; il 6, 18 e 25 novembre 2009; il 18 e 25 febbraio 2010; il 12, 17, 18, 24 e 25 marzo 2010; il 6 e 7 aprile 2010; il 17, 18 e 24 maggio 2010; il 1, 8 e 22 luglio 2010.

Esaminato in aula il 23 e 15 settembre 2010 ed approvato il 15 settembre 2010 (con gli artt. 1-17) con 462 voti (Maggioranza Pro (106 voti) (141 voti) contro (170 voti) (157) voti. Maria Antonietta Elvina Casanova ed altri (170) con. Tullio De Ceresa ed altri (174) (11) con. Roberto Ciria ed altri (163) con. Giancarlo Di Vittorio ed altri (168) (22) con. Barbara Valocchini ed altri.

Senato della Repubblica (atto n. 1771)

Assegnato alla 1ª commissione (Igiene e sanità) in sede referente, il 24 settembre 2009 con parere della commissione I, 2, 5, 7, 10 e Quindici separati.

Esaminato dalla 12ª commissione il 24 e 30 settembre 2009; il 6 ottobre 2009; il 2, 15 e 16 dicembre 2009; il 13, 14, 19 e 20 gennaio 2010.

Esaminato in aula il 28, 23 e 26 gennaio 2010 ed approvato con modificazioni, il 27 gennaio 2010.

Camera dei deputati (atto n. 624-635) (141, 1312, 1798, 1768-378, 1939, 1948-123-01)

Assegnato dalla XII commissione (Affari sociali) in sede referente, il 7 febbraio 2010 con parere della commissione I, 8, V, XIII e Quindici separati.

Esaminato dalla XII commissione il 21, 16, 17 e 25 febbraio 2010; il 4 marzo 2010.

Esaminato in aula ed approvato il 9 marzo 2010.

— 11 —



a.2

L.28 febbraio 2020, n. 8
ESTRATTO art. 25, comma 4-quinques
(GU n. 51 del 19-2-2020, SO n. 10/L)

TESTO COORDINATO DEL DECRETO-LEGGE 30 dicembre 2019, n. 162

Decreto-legge 30 dicembre 2019, n. 162, coordinato con la legge di conversione 28 febbraio 2020, n. 8, recante: «Disposizioni urgenti in materia di proroga di termini legislativi, di organizzazione delle pubbliche amministrazioni, nonché di innovazione tecnologica.»

(GU Serie Generale n.51 del 29-2-2020 - Suppl. Ordinario n. 10)

Vigente al: 29-2-2020

Art. 25

Disposizioni di competenza del Ministero della salute

4 - quinquies: All'articolo 5, comma 2, primo periodo, della legge 15 marzo 2010, n. 38, dopo la parola: «geriatria» sono inserite le seguenti: «medicina di comunità e delle cure primarie».

4 - sexies: Per l'attuazione della disposizione di cui al comma 4 -quinquies, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il Ministero della salute, con propri decreti, provvede a integrare le tabelle relative alle discipline equipollenti e affini per l'accesso del personale medico ai ruoli dirigenziali del Servizio sanitario nazionale.

Capitolo

b

LO SVILUPPO DELLE RETI DI CURE PALLIATIVE (CP) E DI TERAPIA DEL DOLORE (TD)

b.I - Gli aspetti generali sullo sviluppo delle reti, le relative strutture e la caratterizzazione delle cure nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza (LEA):

b.II - L'accreditamento della rete di CP

b.III - L'accreditamento della rete di TD



b.I



**Gli aspetti generali sullo sviluppo delle reti,
le relative strutture e la caratterizzazione
delle cure nell'ambito dei livelli essenziali
di assistenza (LEA)**

b.1

Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni
e le province autonome di Trento e Bolzano 28 ottobre 2010
Ripartizione delle risorse per il progetto
“Ospedale – Territorio senza dolore” (Rep. Atti n. 188/CSR)



Presidenza
del Consiglio dei Ministri

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

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto denominato "Ospedale-Territorio senza dolore" di cui all'articolo 6, comma 1, della legge 15 marzo 2010, n. 38.

Rep. Atti n. 188/ese del 28 ottobre 2010

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

Nella odierna seduta del 28 ottobre 2010:

VISTO l'articolo 6 della legge 15 marzo 2010, n. 38, recante: "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" che:

- al comma 1 autorizza la spesa di 1.450.000 euro per l'anno 2010 e di 1.000.000 di euro per l'anno 2011, al fine di rafforzare l'attività svolta dai Comitati «Ospedale senza dolore» istituiti in attuazione del progetto denominato «Ospedale-Territorio senza dolore»;

- al comma 2 stabilisce che, con accordo stipulato in sede di Conferenza Stato Regioni, le risorse di cui al comma 1 sono ripartite e destinate a iniziative, anche di carattere formativo e sperimentale, volte a sviluppare il coordinamento delle azioni di cura del dolore favorendone l'integrazione a livello territoriale;

- al comma 3 prevede che con l'accordo di cui al comma 2 sono altresì stabiliti modalità e indicatori per la verifica dello stato di attuazione a livello regionale del progetto di cui al comma 1.

VISTA la nota in data 4 ottobre 2010 con la quale il Ministero della salute, in attuazione delle citate disposizioni di legge, ha trasmesso una proposta di ripartizione delle risorse recate dal citato articolo 6 della legge 15 marzo 2010, n. 38;

VISTA la lettera in data 13 ottobre 2010 con la quale tale proposta è stata diramata alle Regioni e Province autonome;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione tecnica svoltasi il 19 ottobre 2010, le Regioni e Province autonome hanno espresso assenso tecnico e che il rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze ha proposto una modifica migliorativa al testo ritenuta condivisibile sia dai rappresentanti delle Regioni e Province autonome che dal Ministero della salute;

VISTA la nota in data 20 ottobre 2010 con la quale il Ministero della salute ha inviato la definitiva versione del documento di cui trattasi, allegato sub A, parte integrante del presente atto, che, in pari data, è stata diramata alle Regioni e Province autonome;





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONSIGLIO PERMANENTE DELLA REGIONE
TALIANITÀ DELLA REGIONE E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sulla proposta del Ministro della salute di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto ridenominato "Ospedale-Territorio senza dolore" di cui all'articolo 6 della legge 15 marzo 2010, n. 38, nel testo trasmesso dal Ministero della salute in data 20 ottobre 2010, Allegato A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

E. Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto

Raffaele Fitto

Acc. A



Ministero della Salute

Dipartimento della Qualità

Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema
Uff. IV

Proposta di ripartizione delle risorse

Oggetto: Proposta di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto ridenominato "Ospedale-Territorio senza dolore" di cui al comma 1, dell'articolo 6 della legge 15 marzo 2010 n. 38.

Il comma 1, dell'articolo 6 della legge 15 marzo 2010 n. 38 stanziava la somma di 1.1450.000 euro per l'anno 2010 e di 1.000.000 euro per l'anno 2011 per rafforzare l'attività svolta dai Comitati previsti nel progetto "Ospedale senza dolore" di cui all'accordo tra il Ministro della Sanità, le regioni e province autonome del 24 maggio 2001 e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 149 del 29 giugno 2001. Ai sensi dello stesso comma il progetto è ora denominato "Ospedale-territorio senza dolore" le cui linee progettuali e di indirizzo sono riportate all'allegato 1 che forma parte integrante della presente proposta.

Il comma 2 del citato articolo stabilisce che le risorse sono ripartite e destinate ad iniziative, anche di carattere formativo e sperimentale, volte a sviluppare il coordinamento delle azioni di cura del dolore favorendone l'integrazione a livello territoriale.

Il comma 3 sempre del citato articolo prevede che vadano stabiliti modalità ed indicatori per la verifica dello stato di attuazione a livello regionale del progetto.

Si propone di ripartire, tra le regioni, le somme citate come specificato nell'allegato 2 che forma parte integrante della presente proposta:

Per l'anno 2010: una quota fissa di 25.000 euro per ciascuna regione per le procedure preliminari e di *start up* per un totale di 525.000 euro. La restante parte di 925.000 euro ripartita in ragione della popolazione utilizzata per il riparto delle disponibilità per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale per l'anno 2010 (popolazione residente al 1 gennaio 2009).

Per l'anno 2011: una quota fissa di per ciascuna regione di 15.000 euro per la manutenzione della fase progettuale per un totale di 315.000 euro. La restante parte di 685.000 euro ripartita in ragione della popolazione utilizzata per il riparto delle disponibilità per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale per l'anno 2010 (popolazione residente al 1 gennaio 2009).

Per le Province Autonome di Trento e di Bolzano si tiene conto delle disposizioni recate dall'articolo 2, comma 109, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 che ha abrogato, a decorrere dal 1° gennaio 2010, gli articoli 5 e 6 della legge 30 novembre 1989, n. 386 recante norme per il coordinamento della finanza della regione Trentino-Alto Adige e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano con la riforma tributaria, con ciò disponendo che dette Province Autonome non partecipino alla ripartizione di finanziamenti statali e che la relativa quota è resa disponibile per essere destinata alle finalità del comma 126 del medesimo articolo.



Per quanto attiene alla valutazione dei progetti, che dovranno svilupparsi su un arco temporale biennale, provvederà il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza di cui all'intesa 23 Marzo 2005. Gli indicatori per la verifica dello stato di attuazione dei progetti sono riportati nell'allegato J che forma parte integrante della presente proposta.

Si procederà con un successivo decreto all'assegnazione delle somme alle regioni.

Il Ministro

Roma,



Allegato 1

L'Accordo di Conferenza Stato - Regioni "Ospedale senza dolore" sottoscritto nel 2001, con il quale veniva definita della rete assistenziale della terapia del dolore, 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 assicurava l'esistenza di una effettiva rete assistenziale ma di singole strutture scollegate una dall'altra.

Il passaggio al nuovo progetto "Ospedale - territorio senza dolore", così come indicato nell'art. 5 della legge 38/2010, oltre a spostare il baricentro dell'assistenza sul 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 delle esperienze maturate nel campo delle cure palliative, nella quale si sono sviluppati spontaneamente nelle regioni modelli di reti assistenziali diverse, in questo caso è pensabile sviluppare un modello assistenziale unico, replicabile su tutto il territorio nazionale, ponendo come riferimento normativo quanto sarà esplicitato nell'intesa prevista dall'art. 5, comma 3 della suddetta legge in termini di criteri di accreditamento, di requisiti minimi strutturali e organizzativi, di sistema di indicatori quali/quantitativi, di sistema di tariffazione.

Per lo svolgimento del progetto assistenziale l'art. 6 mette a disposizione nel biennio 2010-2011 € 2.450.000 utilizzabili su programmi sperimentali sulle seguenti linee di sviluppo:

- Sviluppo del sistema informativo regionale e aziendale sulla Terapia del Dolore;
- Monitoraggio dello stato di attuazione della rete regionale e aziendale;
- Controllo della qualità delle prestazioni e valutazione dell'appropriatezza dei costi in relazione alle prestazioni erogate;
- Programmi di formazione continua in terapia del dolore ;
- Tutela del diritto del cittadino ad accedere alla terapia del dolore;
- Definizione, nell'ambito della rete, dei percorsi di presa in carico e di assistenza per i malati;
- Programmi di formazione rivolti ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta;
- Campagne informative riguardanti la nuova modalità assistenziale rivolta alla presa in carico del paziente con dolore cronico da moderato a severo;
- Programmi di sensibilizzazione di tutti gli operatori sanitari all'uso dei farmaci oppiacei attraverso opportune campagne di informazione circa l'appropriatezza prescrittiva in funzione della patologia clinica dolorosa;
- Programmi di gestione del dolore procedurale pediatrico in ambito ospedaliero.



RIPARTO DELLE RISORSE AI SENSI DELL'ARTICOLO 4 DELLA LEGGE 30/2009

"Risorse destinate ad iniziative, anche di carattere formativo e sperimentale, volte a sviluppare il coordinamento delle azioni di cura del dolore favorendo l'integrazione a livello territoriale"

valore in euro

	ANNO 2010 (da ripartire € 1.450.000)			ANNO 2011 (da ripartire € 1.000.000)			TOTALE COMPLESSIVO
	QUOTA FISSA pari a € 525.000	QUOTA VARIABILE pari a € 925.000	TOTALE ANNO 2010	QUOTA FISSA pari a € 300.000	QUOTA VARIABILE pari a € 700.000	TOTALE ANNO 2011	
PIEMONTE	10.000	68.384	78.384	10.000	56.511	66.511	144.895
VALLE D'AOSTA	10.000	1.937	11.937	10.000	1.450	11.450	23.387
LOMBARDIA	10.000	616.287	626.287	10.000	111.141	121.141	747.428
DOLZANO (*)	10.000	1.603	11.603	10.000	3.491	13.491	25.094
TRENTINO (*)	10.000	1.008	11.008	10.000	2.524	12.524	23.532
VENETO	10.000	75.362	85.362	10.000	55.733	65.733	151.095
FRILSI	10.000	11.962	21.962	10.000	14.541	24.541	46.503
LIIGURIA	10.000	24.830	34.830	10.000	18.471	28.471	63.301
EMILIA ROMAGNA	10.000	66.827	76.827	10.000	49.488	59.488	136.315
TOSCANA	10.000	57.116	67.116	10.000	47.709	57.709	124.825
UMBRIA	10.000	11.716	21.716	10.000	10.201	20.201	41.917
MARCHE	10.000	24.176	34.176	10.000	17.906	27.906	62.082
LAZIO	10.000	66.681	76.681	10.000	66.490	76.490	153.171
ABRUZZO	10.000	20.511	30.511	10.000	15.726	25.726	56.237
MOLISE	10.000	4.342	14.342	10.000	3.666	13.666	28.008
CAMPANIA	10.000	45.545	55.545	10.000	66.211	76.211	131.756
PUGLIA	10.000	42.801	52.801	10.000	44.341	54.341	107.142
BASILICATA	10.000	9.200	19.200	10.000	6.716	16.716	35.916
CALABRIA	10.000	10.944	20.944	10.000	22.511	32.511	53.455
SICILIA	10.000	73.699	83.699	10.000	57.431	67.431	151.130
SARDEGNA	10.000	21.740	31.740	10.000	19.661	29.661	61.401
TOTALE	525.000	925.000	1.450.000	300.000	700.000	1.000.000	1.450.000

Le quote riportate sono calcolate in ragione della popolazione residente di cui al capitolo 3010 (3010/7009) - Istanza DCTAT

(*) La quota individuale speso quota territorialmente spettante alle province di Treviso e di Dolziano, in attuazione delle disposizioni stesse del citato articolo 1, comma 109, della legge 19/2009, è ora disponibile per essere devoluta alle finalità del comma 120 del medesimo articolo.

Allegato 3

Indicatori per la verifica dello stato di attuazione a livello regionale del progetto "Ospedale - territorio senza dolore"

1. Creazione di un sistema informativo regionale;
2. Attivazione di programmi di gestione del dolore procedurale pediatrico in ambito ospedaliero;
3. N. di MMG e Pediatri di libera scelta coinvolti in programmi di formazione sulla gestione del dolore;
4. Attivazione percorsi comunicativi/informativi rivolti alla cittadinanza;
5. Programmi di formazione del personale sanitario ospedaliero sulle tematiche del dolore.

b.2

Parere espresso dal Consiglio Superiore di Sanità, sezione I, il 13 luglio 2010,
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”



Ministero della Salute

CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ
SESSIONE XLVII

Seduta del 13 luglio 2010

IL CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ
SEZIONE I

Vista la richiesta di parere della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, pervenuta al Consiglio Superiore di Sanità in data 2 luglio 2010, riguardante le *Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito delle reti di cure palliative e della rete di terapia del dolore* in attuazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010 che all'art. 3, c.2, prevede "...il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, definisce le linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali negli ambiti individuati dalla presente legge, previa parere del CSS...";

Vista il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni;

Vista la Legge 25 febbraio 1999 n. 19 di conversione del Decreto Legge 28 dicembre 1998 n. 450 recante: "Disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del PSN 1998-2000 che, all'art.1, prevede l'istituzione di un programma nazionale per la realizzazione, in ciascuna Regione o provincia autonoma, di una o più strutture dedicate all'assistenza palliativa e di supporto, da effettuarsi prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di cure finalizzate";

Vista il DM 28 settembre 1999 recante: "Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative";

Vista il DPCM del 20 gennaio 2000 con il quale è stato approvato l'Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative;

Vista la Legge 8 gennaio 2001 n. 12: "Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppioidi nella terapia del dolore"; aggiornata dal DM 4 aprile 2001, che ha introdotto sostanziali modifiche alla precedente normativa al fine di semplificare il trattamento del dolore nei malati terminali e nei pazienti affetti da dolore severo cronico;

Vista l'Accordo, sancito in Conferenza Stato-Regioni il 19 aprile 2001, sul documento: *Iniziativa per l'organizzazione della rete dei servizi delle cure palliative*;

Vista l'Accordo Stato-Regioni del 24 maggio 2001 sul documento: *Linee guida inerenti il progetto "Ospedale senza dolore"*;



Visto il DM del 5 settembre 2001 recante: *Ripartizione dei finanziamenti per gli anni 2000, 2001, 2002, per la realizzazione di strutture per le cure palliative;*

Visto il DPCM 29 novembre 2001 secondo cui rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza: l'assistenza domiciliare sanitaria e socio-sanitaria ai pazienti terminali, l'assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale a favore degli stessi, i trattamenti erogati nel corso del ricovero ospedaliero e gli interventi ospedalieri a domicilio;

Visto l'Accordo sancito in Conferenza Stato-Regioni il 13 marzo 2003 relativamente a *"Indicatori per la verifica dei risultati ottenuti dalla rete di assistenza ai pazienti terminali e per la valutazione delle prestazioni erogate"*;

Visto il DM 22 febbraio 2007, n.43, concernente il Regolamento recante: *"Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell'art. 1, comma 169 della Legge 30 dicembre 2004"*;

Visto il Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche approvato in Conferenza Stato-Regioni il 20 marzo 2008;

Visto l'Accordo del 25 marzo 2009 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della Legge 23 dicembre 1996, n.662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009. In particolare, vista la linea progettuale n. 4 dell'allegato A *"Le cure palliative e la terapia del dolore"*;

Vista la Legge 15 marzo 2010 n. 38: *Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore;*

Visto il Decreto 31 marzo 2010 *"Aggiornamento alle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope relative a composizioni individuali di cui al DPR del 9 ottobre 1990 n. 309 e successive modificazioni e integrazioni con sostituzione della Tabella II, Sezione D del Testo unico"*;

Visto il DM di istituzione della Commissione Nazionale per l'attuazione dei principi contenuti nella Legge n. 38 del 15 marzo 2010;

Visti i precedenti pareri del Consiglio del 23 giugno 1999, 23 novembre 2000, 27 novembre/16 dicembre 2003 e 29 aprile/27 maggio 2009;

Esaminati i Piani Sanitari Nazionali relativi ai trienni 2003-2005 e 2006-2008 in cui, tra le priorità del SSN, è indicato il miglioramento dell'assistenza erogata alle persone che si trovano ad affrontare la fase terminale della vita e contengono indicazioni fondamentali sulla razionalizzazione degli interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali loro destinati;

Vista la Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2007-2008;

Visto il Codice di Deontologia Medica 2006, in particolare quanto previsto:

- dall'art. 3 *"Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo della sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione di età, sesso, razza, religione, nazionalità, condizioni sociali, ideologia, in tempo di pace come in tempo di guerra, quali che*



nano le condizioni istituzionali e sociali nelle quali opera. La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona”;

- dall'art. 23: “... il medico non può abbandonare il malato ritenuto inguaribile ma deve continuare ad assisterlo anche al solo fine di lenire la sofferenza fisica e psichica”.

Premo atto che la Legge n. 38/2010, tra l'altro, prevede:

- la promozione e l'integrazione delle reti della terapia del dolore e delle cure palliative al fine di garantire ai pazienti risposte assistenziali uniformi e omogenee su tutto il territorio nazionale;
- la semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore;
- l'obbligo di riportare nella cartella clinica, nelle sezioni medica e infermieristica, la rilevazione del dolore mediante rasmatectiche, evoluzione nel corso del ricovero, tecniche analgiche e farmaci utilizzati (con relativi dosaggi), risultati ottenuti;
- la realizzazione di campagne istituzionali di comunicazione finalizzate a fornire informazioni sulle modalità e sui criteri di accesso alle prestazioni e ai programmi di assistenza in materia di cure palliative e terapia del dolore;
- la promozione della cultura della lotta contro il dolore e il superamento dei pregiudizi relativi all'utilizzazione dei farmaci per il trattamento del dolore illustrandone il fondamentale contributo alla tutela della dignità della persona e al supporto per i malati e i loro familiari;
- l'individuazione, con decreti successivi, di specifici percorsi formativi in materia di cure palliative e terapia del dolore nonché di programmi dedicati nell'ambito della formazione continua in medicina;
- l'individuazione delle figure professionali con specifica competenza ed esperienza;

Premesso che la fase terminale:

- non è caratteristica esclusiva della malattia oncologica ma rappresenta una costante della fase finale della vita di persone affette da malattie ad andamento evolutivo, spesso cronico, a carico di numerosi apparati e sistemi quali quello respiratorio, cardio-circolatorio, neurologico, epatico, ecc;
- è caratterizzata da una progressiva perdita di autonomia, dal manifestarsi di sintomi fisici e psichici, che richiedono spesso trattamenti complessi, primo tra tutti il dolore, e da una sofferenza globale che coinvolge il nucleo familiare;
- richiede livelli assistenziali, a complessità differenziata, adeguati alle necessità del malato che mutano in modo rapido e imprevedibile: per questo è necessario pervenire un sistema a rete che offra la maggiore integrazione possibile tra differenti modelli e livelli di intervento nonché tra i diversi e numerosi operatori professionali coinvolti;



Premesso che:

◆ **Le Cure Palliative** si rivolgono a pazienti, sia adulti che in età pediatrica, colpiti da malattie che non rispondono più a trattamenti specifici e la cui diretta conseguenza è la morte e perseguono i seguenti obiettivi:

- ▶ riduzione della sofferenza e raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psichica e spirituale;
- ▶ approccio terapeutico globale, con il necessario inserimento, nel percorso di cura, di interventi multidisciplinari e multi professionali, non limitato al controllo dei sintomi fisici ma comprendente il supporto psicologico, relazionale, sociale, spirituale e religioso se richiesto;
- ▶ valorizzazione delle risorse del paziente e della famiglia;
- ▶ rispetto dell'autonomia e dei valori della persona malata;
- ▶ appropriata intensità dell'assistenza globale;
- ▶ continuità della cura;
- ▶ qualità delle prestazioni erogate;

◆ **il dolore**

- ▶ è il sintomo che incide maggiormente sulla qualità della vita del malato e dei familiari. E' presente nel 96 % circa dei pazienti oncologici in assistenza palliativa;
- ▶ non oncologico rappresenta un'emergenza sanitaria che interessa tutte le età e nella forma cronica ha un'incidenza nella popolazione di circa il 25-30%;
- ▶ cronico, non esclusivo delle patologie neoplastiche, ha l'impatto sociale maggiore con costi elevati per il SSN;

Tenuto conto delle seguenti criticità:

per questo azione la rete delle cure palliative

- ▶ a oltre dieci anni dall'emanazione della Legge 39/99, che prevedeva in ogni Regione la realizzazione di strutture dedicate all'assistenza palliativa e di supporto, il livello di attuazione della rete assistenziale è ancora insoddisfacente;
- ▶ gran parte delle Regioni non ha ancora accolto a quanto richiesto dal Decreto del '99 circa i programmi di formazione del personale impegnato nella rete di assistenza e le campagne di comunicazione mirate a diffondere informazioni su istituzioni, localizzazione, finalità, caratteristiche e modalità di accesso alle strutture dedicate alle cure palliative e alla rete integrata delle altre attività di assistenza presenti sul territorio;
- ▶ a fronte del significativo sviluppo degli Hospice si evidenzia una rilevante carenza nell'assistenza domiciliare;
- ▶ non è stato ancora realizzato quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 20 marzo 2008 che ha recepito il documento tecnico sulle cure palliative pediatriche in cui sono individuato linee di indirizzo che, partendo dall'analisi dei bisogni e della situazione esistente, definiscono i campi di intervento sanitario e socio-sanitario e forniscono supporto al processo di implementazione delle cure palliative pediatriche.



L'Accordo rimanda a un successivo atto regionale la proposta di articolazione di una rete che preveda, tra l'altro, l'attivazione di un centro regionale di riferimento per le cure palliative pediatriche e l'istituzione di un centro residenziale;

- mancanza di una struttura regionale con funzioni di coordinamento;

per quanto attiene le cure assistenziali per la terapia del dolore

- salvo qualche realtà regionale, non è stato realizzato il progetto "Ospedale senza dolore" prevista dall'Accordo Stato-Regioni del 2001;
- assenza di una rete assistenziale strutturata e omogenea;
- esiste una forte e inspiegata resistenza all'impiego di farmaci analgesici oppioidi nel trattamento del dolore severo anche se sono numerose e ben documentate le indicazioni al loro uso da parte di tutte le linee guida delle Società scientifiche in campo internazionale e dei documenti di indirizzo sanitario di numerosi organismi istituzionali, quali la WHO;
- anche se il consumo di tali farmaci è aumentato tra il 2006 e 2007, il nostro Paese risulta essere tra gli ultimi, a livello europeo, per il consumo di farmaci oppioidi;
- il dolore, fino alla emanazione della Legge n.38/2000 non era compreso tra i parametri riportati in cartella clinica, a differenza di altri Paesi (negli Stati Uniti già dal 2001);
- la risposta assistenziale nella terapia del dolore, sia nelle forme croniche sia in quelle relative al fine vita, con una particolare evidenza in ambito pediatrico, è scarsa e lacunosa;
- i centri e gli ambulatori di terapia analgica presentano caratteristiche diverse e fanno una disomogenea distribuzione nel territorio;
- non è garantita l'equità di accesso alla terapia del dolore;
- è carente il coordinamento tra ospedale e territorio;

Evidenziato che la terapia del dolore e le cure palliative non rientrano tra gli insegnamenti obbligatori previsti nel corso di laurea di Medicina e Chirurgia e delle Professioni sanitarie;

Considerato che

- per ristretto la "tutela della salute" nell'ambito della legislazione concorrente, rappresenta per sempre una competenza esclusiva dello Stato la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" secondo il disposto dell'art.117, comma 2, lettera ri) della Costituzione, nel testo modificato dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001 n.3;
- obiettivo prioritario e irrinunciabile è l'implementazione di una strategia nazionale sulle cure palliative e terapia del dolore che, superando le carenze assistenziali e le disomogeneità ancora presenti a livello territoriale, garantisca l'accessibilità da parte di tutti i cittadini e consenta una migliore qualità ed efficienza del sistema, rafforzando l'offerta assistenziale nel territorio per il paziente adulto e pediatrico;
- è necessario definire percorsi organizzativi differenziati per le cure palliative pediatriche;
- la WHO definisce il consumo pro-capite di morfina e oppioidi un indicatore per la misurazione della qualità della vita e dell'adeguatezza dei trattamenti;



Sentiti gli Esperti

Udita il Relatore Moriconi

All'unanimità

Esprime parere favorevole

al documento allegato, concernente le *"Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito delle reti di cure palliative e della rete di terapia del dolore"* approvate in data 24 giugno 2010 dalla Commissione Nazionale per le cure palliative e la terapia del dolore, che costituisce parte integrante del presente parere, auspicandone una integrale condivisione in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Reputa necessario

che sia data piena attenzione:

- alla legge n.38 del 2010 che ha delineato importanti innovazioni volte a garantire, nell'ambito dei LEA, percorsi assistenziali definiti sia nel campo delle cure palliative che nella terapia del dolore;
- all'Accordo 20 marzo 2008 che ha recepito il documento tecnico sulle cure palliative pediatriche.

Alla luce delle criticità evidenziate e ai fini di un concreto sviluppo delle cure palliative e di una idonea rete di terapia del dolore.

Ritiene necessario

- sviluppare l'assistenza domiciliare palliativa assicurando al paziente la continuità assistenziale in ogni fase della malattia;
- integrare la rete sanitaria e socio-sanitaria con quella socio assistenziale al fine di offrire un approccio completo alle esigenze del malato al quale deve essere garantita la reale continuità delle cure;
- che sia particolarmente accurata l'individuazione e la formazione dei professionisti dedicati, dal momento che l'assistenza nel settore delle cure palliative richiede, oltre a specifiche competenze, anche particolari capacità comunicative ed empatiche;
- valorizzare il ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG) e del Pediatra di Libera Scelta (PLS) sia per il ruolo consolidato di referenti nella comunità sia per il rapporto di fiducia e di continuità con il paziente e la sua famiglia;
- che sia definita, soprattutto nell'ambito delle cure domiciliari, la responsabilità clinica dell'assistenza, ordinariamente propria del MMG e del PLS e, solo in situazioni assimilabili all'ospedalizzazione domiciliare, attribuibile ad altra figura medico specialistica, evidenziata, a garanzia dell'assistenza, in modo trasparente nel piano individuale di assistenza. Analogamente devono essere definiti i ruoli di responsabilità organizzativa, di consulenza e di supporto;
- che, all'interno delle due reti, la persona malata e la sua famiglia possano essere guidati e coinvolti nel percorso assistenziale;
- che sia posta particolare attenzione alla valutazione e alla gestione del paziente con deficit cognitivo e affetto da dolore, in quanto tale condizione presenta problematiche di approccio che richiedono specifico impegno organizzativo e professionale;



- assicurare al medico, in tutti i livelli di formazione obbligatoria, di base, specifica e continua, l'adeguata competenza nel settore delle cure palliative e della terapia del dolore;
- che la cultura della palliazione e della terapia del dolore sia propria di tutti i professionisti della sanità evitando improprie settorializzazioni. Vanno definiti obiettivi organizzativi mirati alla presa in carico delle problematiche, evitando deleghe sistematiche, in una logica di corretta attuazione della legge n. 38 del 2010. La cultura della palliazione e della terapia del dolore deve prevalere ai fini di una responsabilizzazione diffusa dei professionisti, in quanto la sola semplificazione permissiva non costituisce uno strumento sufficiente a promuovere un nuovo approccio culturale.

Inoltre,

Raccomanda di

- ✓ sostenere specifici programmi di ricerca e formazione;
- ✓ sostenere le famiglie durante la malattia e nel processo dell'elaborazione del lutto;
- ✓ attuare programmi di comunicazione e sensibilizzazione della popolazione;
- ✓ realizzare un'adeguata informativa rivolta sia agli operatori del SSN che ai cittadini sulla esistenza di un percorso di cura integrato e supportato da diversi livelli erogativi e strutturali.

Infine,

Auspica che

- ✓ il modello assistenziale per le cure palliative sia articolabile in base alle scelte regionali, ma al contempo capace di garantire in modo omogeneo in tutto il Paese la risposta ottimale ai bisogni dei malati e delle famiglie. Ciò risulta di fondamentale importanza e non altrimenti procrastinabile, soprattutto alla luce della notevole diversità di programmazione regionale in tale ambito;
- ✓ sia applicato a livello nazionale il modello assistenziale proposto dal progetto ospedale territorio senza dolore strutturato in: centro di riferimento (hub), centri ambulatoriali (spoke) e aggregazione funzionale territoriale dei MMG e PLS. Quest'ultima, risolvendo gran parte delle situazioni dolorose meno complesse, oltre a migliorare l'erogazione dell'assistenza, potrebbe ridurre il ricorso improprio al Pronto Soccorso.

IL SEGRETARIO DELLA SEZIONE
F.to Alba Fava

IL PRESIDENTE DELLA SEZIONE
F.to Giovanni Simanetti

p.p.s.
IL PRESIDENTE DEL CSS
F.to Enrico Garaci

PER COPIA CONFORME
Altefave 

b.3

Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato,
le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano 16 dicembre 2010
Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi
regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della
terapia del dolore (Rep. Atti n. 239/CSR)



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano 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.

Rep. Atti n. 239/ESR del 16 dicembre 2010

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

Nella odierna seduta del 16 dicembre 2010

VISTI gli articoli 2, comma 2, lett. b) e 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affidano a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, 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 n. 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", ed in particolare l'articolo 3, comma 2, che ha previsto che "il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, definisce le linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali negli ambiti individuati dalla presente legge, previo parere del Consiglio superiore di sanità";

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di cure palliative pediatriche - Rep. atti n. 138/CSR del 27 giugno 2007;

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente "Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche" - Rep. n. 113/CSR del 20 marzo 2008;

VISTA la nota pervenuta in data 25 ottobre 2010, con la quale il Ministero della salute ha inviato la proposta di accordo in oggetto che, con lettera in data 5 novembre 2010, è stata diramata alle Regioni e Province autonome;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione tecnica svoltasi in data 30 novembre 2010, i rappresentanti delle Regioni hanno fatto riserva di condurre al riguardo ulteriori approfondimenti e di inviare una proposta di modifica del documento indicato in oggetto;

VISTA la nota pervenuta in data 15 dicembre 2010, con la quale il Ministero della Salute ha inviato una nuova versione del documento di cui all'oggetto, rappresentando che lo stesso è stato condiviso con la Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute;

VISTA la lettera in data 15 dicembre 2010, con la quale la predetta nuova versione è stata trasmessa alle Regioni e Province autonome e alle Autonomie locali;





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

VISTA la nota del 15 dicembre 2010, con la quale la Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, ha comunicato l'assenso tecnico sul documento in oggetto nel testo dramato con la predetta lettera in data 15 dicembre 2010;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome sulla nuova versione del documento in parola dramata dalla Segreteria di questa Conferenza in data 15 dicembre 2010;

Sancisce il seguente accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

CONSIDERATI:

- il parere favorevole del Consiglio superiore di sanità espresso dalla sezione I nella seduta del 13 luglio 2010;
- il D.M. del 13 maggio 2010 di costituzione della "Commissione nazionale sulle cure palliative e la terapia del dolore" per l'attuazione dei principi contenuti nella legge n. 38 del 15 marzo 2010;
- che le cure palliative e la terapia del dolore costituiscono obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34-bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni;
- che le linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali negli ambiti individuati dalla Legge n. 38 del 15 marzo 2010 sono state redatte dal Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze;
- che tali linee guida, alla luce delle modifiche al Titolo V della Costituzione, debbono essere recepite in un accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano;
- il parere favorevole del Ministero dell'economia e delle finanze con nota protocollo n. 83534 del 6 ottobre 2010;

Premesso che:

Il primo atto formale, fondamentale nella storia delle cure palliative in Italia è rappresentato dall'emanazione della Legge 39 del 26 febbraio 1999 con la quale è stato previsto un programma nazionale per la creazione di strutture residenziali di cure palliative (hospice) in tutte le regioni italiane, ad oggi pari a 115.

Trascorsi più di dieci anni dall'entrata in vigore della normativa il livello di attuazione della rete assistenziale di cure palliative in Italia è ancora insoddisfacente; a fronte del forte sviluppo degli hospice si evidenzia una rilevante carenza nell'assistenza domiciliare e quindi rimane irrisolta una importante criticità che impedisce un completo diffondersi dell'assistenza palliativa.

E' quindi di primaria importanza la creazione di una reale rete assistenziale nella quale i servizi nodi (hospice, assistenza domiciliare, ospedale) siano adeguatamente sviluppati e soprattutto possano colloquiare tra loro grazie ad una regia centralizzata a livello regionale.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CON LA SUA FORMAZIONE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

In relazione all'assistenza palliativa rivolta al paziente in età pediatrica permane la necessità di garantire da parte delle regioni la completa attuazione dell'Accordo sottoscritto in sede di Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano in data 20 marzo 2008.

Si ritiene pertanto indispensabile per il reale sviluppo delle cure palliative l'istituzione, con appositi provvedimenti, regionali ed aziendali di una struttura specificamente dedicata al coordinamento della rete.

Abbastanza simili sono le criticità riguardanti la creazione di reti assistenziali dedicate alla terapia del dolore.

In Europa il dolore rappresenta uno dei principali problemi sanitari in quanto interessa tutte le età, incide sulla qualità della vita delle persone e, in particolare nella forma cronica, si stima che abbia un'incidenza nella popolazione di circa il 25-30%.

Il dolore è tra tutti i sintomi quello che più mina l'integrità fisica e psichica del paziente e maggiormente angoscia e preoccupa i familiari, con un notevole impatto sulla qualità della vita.

Nonostante l'incremento registrato negli ultimi anni, l'Italia rimane tra gli ultimi paesi in Europa nella classifica delle nazioni che consumano i farmaci oppiacei.

Inoltre il dolore non è ancora uno dei parametri normalmente misurati negli ospedali, come la pressione del sangue o la temperatura, e non viene riportato in cartella clinica a differenza di quanto era previsto dall'Accordo di Conferenza Stato - Regioni del 2001 riguardante il progetto "Ospedale senza dolore".

Proprio il progetto "Ospedale senza dolore", all'infuori di poche realtà regionali non è decollato concretamente come si auspicava e per questo motivo è stato elaborato un modello assistenziale nazionale che potesse fornire risposte tali da superare le criticità attualmente esistenti.

Con il progetto complessivo di una rete assistenziale per le cure palliative e la terapia del dolore si è cercato di riorganizzare e sistematizzare l'esistente al fine di ottenere una maggiore facilità di accesso alle risorse assistenziali disponibili, in particolare rafforzando l'offerta assistenziale nel territorio per il paziente adulto e pediatrico.

Per raggiungere tale obiettivo si è fatto riferimento ad un nuovo modello organizzativo, integrato nel territorio nel quale il livello assistenziale viene scomposto in tre nodi complementari: i centri di riferimento di terapia del dolore (hub), l'ambulatorio di terapia antalgica (spoke) e gli ambulatori dei MMG realizzando così le reti assistenziali contro il dolore.

Il modello sopra esposto potrà essere attuato solo se alla base verrà creata una rete di MMG in grado di fornire una prima risposta concreta alle esigenze dei cittadini, fungendo da triage per i centri hub e spoke riducendo così il ricorso al pronto soccorso per la cura del dolore.

In ambito pediatrico, il problema presenta criticità e peculiarità tali da rendere necessario un modello organizzativo specifico che prevede l'organizzazione di centri di riferimento di terapia del dolore pediatrici (hub) per problemi specialistici su macroarea, e l'abilitazione di pediatri ospedalieri e di famiglia (in rete con il centro di riferimento) alla gestione della ampia parte delle situazioni dolorose di più facile trattazione.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE DEI PRESIDENTI
DEI GOVERNI REGIONALI E DELLE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Anche in questo caso l'istituzione, con appositi provvedimenti regionali ed aziendali di una struttura specificamente dedicata di coordinamento della rete rimane una scelta strategica che dovrà essere adottata in ogni regione

**tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano
si conviene che:**

in attuazione dell'art. 3 della Legge n. 38 del 15 marzo 2010, riguardante "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", è approvato il documento, Allegato A, parte integrante del presente Accordo, concernente 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 in modo tale da garantire l'assistenza palliativa e la terapia del dolore in modo omogeneo e a pari livelli di qualità in tutto il paese.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegida Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto

Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali **Legge 15 marzo 2010 n. 38, Art. 3**

Questo documento rappresenta quanto si ritiene necessario che sia previsto a livello regionale per garantire l'assistenza palliativa e la terapia del dolore in modo omogeneo e a pari livelli di qualità in tutto il paese.

Per quanto attiene ai criteri di accreditamento, ai requisiti minimi strutturali e organizzativi, al sistema di indicatori quali/quantitativi, al sistema di tariffazione, alla formazione ed aggiornamento del personale medico e sanitario e dei volontari si fa riferimento a quanto indicato dagli art. 3 e art. 8 della suddetta legge.

Rete di cure palliative

L'emanazione della Legge 30/99 è stato il primo atto istituzionale riguardante lo sviluppo delle cure palliative; in particolare la legge metteva a disposizione delle regioni un finanziamento pari a circa 200 milioni di euro per la creazione di strutture residenziali di cure palliative (hospice). La volontà del legislatore era ben interpretata nel decreto attuativo dove, oltre a ripartire il finanziamento tra le regioni in base ai tassi regionali di mortalità per neoplasie, veniva richiesto alle regioni di presentare al Ministero della salute un progetto per la definizione della rete regionale di cure palliative.

Si sono così sviluppati modelli regionali differenziati nei quali c'è la totale condivisione sul dover assicurare la continuità assistenziale in ogni fase della malattia e garantendo l'assistenza domiciliare.

Avendo quindi definito il concetto di rete assistenziale di cure palliative già nell'allegato I del Decreto del Ministero della sanità del 28 settembre del 1999 scivola una struttura regionale di riferimento che garantisce lo sviluppo della rete secondo i dettami del citato decreto.

Si ritiene pertanto indispensabile per il reale sviluppo delle cure palliative l'istituzione, con appositi provvedimenti, regionali e aziendali di una struttura specificamente dedicata al coordinamento della rete.

Le strutture situate nei due livelli istituzionali dovranno assolvere alle seguenti funzioni:

Strutture regionali:

- 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 approcci omogenei ed equità di sistema;
- Monitoraggio dello stato di situazione delle reti locali;
- Sviluppo del sistema informativo regionale sulle cure palliative;
- Definizione monitoraggio di indicatori quali-quantitativi di cure palliative ivi inclusi gli standard di cui al Decreto 22 febbraio 2007, n. 43;
- Definizione di indirizzi per lo sviluppo omogeneo di percorsi di presa in carico e assistenza in cure palliative ai sensi dell'art. 2 comma 1;
- Promozione di programmi obbligatori di formazione continua in cure palliative coerentemente con quanto previsto dall'art. 8 comma 2 della legge 38/10;
- Promozione e monitoraggio delle attività di ricerca in cure palliative.



Strutture aziendali:

- Tutela del diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative;
- Attivazione di un sistema di erogazione di cure palliative in ospedale, in hospice e a domicilio coerente con quanto sarà stabilito dall'art. 5 della legge 38/10;
- 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;
- Promozione di sistemi di valutazione e miglioramento della qualità delle cure palliative erogate. Monitoraggio dei costi delle prestazioni ospedaliere, residenziali (hospice) e domiciliari;
- Definizione e Monitoraggio di indicatori quali-quantitativi della rete di cure palliative, ivi inclusi gli standard della rete delle cure palliative di cui al Decreto 22 febbraio 2007, n. 43;
- Attivazione di programmi formativi aziendali specifici in cure palliative.

Il pieno ed efficace raggiungimento degli obiettivi della rete di cure palliative richiede una dotazione organica adeguata alle necessità ed una disponibilità di figure professionali con specifiche competenze ed esperienza, come indicato dall'art. 5 comma 3, nel rispetto di quanto previsto dalla legge 38/10 e dai successivi provvedimenti attuativi.

In relazione all'assistenza palliativa rivolta al paziente in età pediatrica si rimanda all'Accordo sottoscritto in sede di Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano in data 20 marzo 2008.

Il rispetto puntuale di questo Accordo in termini di organizzazione della rete e di percorsi assistenziali è presupposto del raggiungimento degli obiettivi prefissati.

È impegno regionale la realizzazione di specifiche campagne istituzionali di comunicazione destinate a informare i cittadini sulle modalità di accesso ai programmi di cure palliative.

Altrettanto necessario è l'impegno regionale nella sensibilizzazione di tutti gli operatori sanitari alle tematiche delle cure palliative in tutte le loro implicazioni tecniche e culturali.

Rete di terapia del dolore

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 - territorio senza dolore", così come indicato nell'art. 6 e nell'art. 8 della legge 38/2010, 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 questo campo è auspicabile sviluppare un modello assistenziale uniforme, che abbia come riferimento



quanto è esplicitato dall'intesa sottoscritta in sede di Conferenza Stato-Regioni come indicato dall'art.5, comma 3 della suddetta legge 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:

- Concorrere al monitoraggio del sistema informativo regionale sulla Terapia del Dolore ai sensi dell'art.9 comma1;
- 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 38/10;
- 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 38/10;
- 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 comma 1, lettera e) della legge 38/10;
- Promozione di programmi di formazione rivolti agli operatori coinvolti nella rete di terapia del dolore ivi inclusi i medici di medicina generale 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.

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.



b.4

Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato,
le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano 25 luglio 2012
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. 152/CSR)



Presidenza
del Consiglio dei Ministri

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

intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute, di cui all'art. 5 della legge 15 marzo 2010 n. 38, 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.

Rep. n. 151/CSE del 25 luglio 2012

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

Nell'odierna seduta del 25 luglio 2012.

VISTO l'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003 n. 131, che prevede che il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza unificata, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTA la legge 15 marzo 2010 n. 38, recante "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", ed in particolare l'articolo 5, comma 3, che ha previsto, che, su proposta del Ministro della Salute, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, mediante intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, sono definiti i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore domiciliari presenti in ciascuna regione, al fine di definire la rete per le cure palliative e la rete per la terapia del dolore, con particolare riferimento ad adeguati standard strutturali qualitativi e quantitativi, ad una pianta organica adeguata alle necessità di cura della popolazione residente e ad una disponibilità adeguata di figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche con riguardo al supporto alle famiglie;

VISTI il proprio Atto Rep. n. 138 del 27 giugno 2007, con il quale si è sancito l'accordo in materia di cure palliative pediatriche ed il proprio Atto Rep. n. 113 del 20 marzo 2008 con il quale è stato approvato il documento tecnico sulle cure palliative pediatriche;





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

VISTO il proprio Atto Rep. n. 1260/2001 del 24 maggio 2001, con il quale si è sancito accordo sul documento di linee-guida inerente il progetto "Ospedale senza dolore";

VISTA la nota in data 24 ottobre 2011, con la quale il Ministero della salute ha inviato, ai fini del perfezionamento della prescritta intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, il documento indicato in oggetto;

VISTA la lettera in data 8 novembre 2011, con la quale il documento di cui trattasi è stato diramato alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione tecnica svoltasi il 21 novembre 2011, le Regioni hanno rappresentato la necessità di svolgere ulteriori approfondimenti al riguardo;

VISTA la lettera del 23 gennaio 2012, con la quale il Ministro della salute ha confermato, ai fini della prosecuzione del relativo iter, il documento in parola;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione tecnica svoltasi in data 20 marzo 2012, le Regioni e le Province autonome hanno formulato una serie di richieste emendative;

VISTA la nota in data 9 maggio 2012, con la quale il Ministero della salute ha inviato una nuova versione della proposta di Intesa di cui trattasi, modificata in relazione alle richieste avanzate dalle Regioni durante la suddetta riunione tecnica;

VISTA la nota in data 21 maggio 2012, con la quale l'anzidetta nuova versione è stata diramata;

VISTA la nota in data 14 giugno 2012, diramata con lettera in data 18 giugno 2012, con la quale il Ministero della salute ha inviato la definitiva versione del documento in parola;

CONSIDERATO che, nel corso dell'incontro tecnico svoltosi in data 27 giugno 2012, le Regioni hanno espresso il proprio assenso sulla proposta di Intesa in parola nella versione diramata con l'anzidetta lettera del 18 giugno 2012;

VISTA la lettera in data 4 luglio 2012, con la quale il Ministero dell'economia e delle finanze ha rappresentato di non avere osservazioni da formulare in merito all'ultima versione dello schema di Intesa di cui trattasi;

CONSIDERATO che il punto è stato iscritto all'ordine del giorno della Conferenza Stato-Regioni del 5 luglio 2012, che non ha avuto luogo;

RILEVATO che, nel corso dell'odierna seduta, le Regioni e le Province autonome hanno espresso, sulla versione dello schema di cui trattasi diramata con la predetta nota del 18 giugno 2012, l'assenso al perfezionamento dell'intesa;





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta di intesa in oggetto;

SANCISCE INTESA

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome nei termini di seguito riportati:

CONSIDERATI:

- il decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450 convertito con modificazioni dalla legge 26 febbraio 1999 n. 38;
- il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2000, "Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative";
- il decreto del Ministro della salute del 13 maggio 2010 di costituzione della "Commissione nazionale sulle cure palliative e la terapia del dolore" per l'attuazione dei principi contenuti nella legge n. 38 del 15 marzo 2010;
- che le cure palliative e la terapia del dolore costituiscono obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale vigente ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 -bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni;
- che all'attuazione della presente Intesa si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

PREMESSO CHE:

l'emaneazione della legge del 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" ha definito il percorso assistenziale del malato che accede alle cure palliative e alla terapia del dolore.

La legge n. 38 del 2010 è l'ultimo di una serie di atti normativi che hanno interessato le cure palliative e la terapia del dolore.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE NEI PAESE
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRAPANI E MESSINA

La legge del 25 febbraio 1999, n. 39, primo atto normativo riguardante l'assistenza palliativa, è stato seguito dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 20 gennaio 2000 avente ad oggetto "Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative".

Le indicazioni fornite dal citato decreto hanno riguardato i requisiti minimi strutturali (localizzazione, dimensioni generali, tipologia strutturale e articolazione in aree funzionali); i requisiti minimi tecnologici (requisiti minimi impiantistici, fattori di sicurezza e prevenzione infortuni, dotazioni tecnologiche) ed infine requisiti minimi organizzativi.

Il documento ha reso possibile una definizione più appropriata delle strutture dedicate all'assistenza ai malati, pur rimanendo evidenti alcune criticità quali la possibilità di assicurare una pari qualità dell'assistenza su tutto il territorio nazionale.

Se esiste dunque un quadro normativo di riferimento rispetto alla tematica di cure palliative, più complesso è l'iter riguardante la terapia del dolore.

Il progetto "Ospedale senza dolore", nato con l'Accordo tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome in data 24 maggio 2001 con la finalità di offrire la realizzazione, a livello regionale, di progetti finalizzati al miglioramento del processo assistenziale rivolto in maniera specifica al controllo del dolore, non ha prodotto i risultati attesi.

L'assenza di precise indicazioni su quali caratteristiche avessero dovuto obbligatoriamente essere possedute dalle strutture di assistenza alla terapia del dolore non ha consentito la puntuale definizione dei luoghi di cura dedicati.

In ambito pediatrico, la specificità dei bisogni assistenziali del bambino ha richiesto la definizione sia dell'Accordo tra il Governo e le Regioni del 27 giugno 2007 in materia di cure palliative pediatriche, sia del documento tecnico del 20 marzo 2008 che evidenzia l'approccio multidimensionale richiesto dall'assistenza a pazienti pediatrici.

I documenti citati, pur nella loro completezza, non hanno avuto la capacità di definire in modo puntuale quali requisiti fossero necessari nei diversi momenti assistenziali (ospedale, hospice, assistenza residenziale, ambulatorio) al fine di garantire una idonea presa in carico del paziente nella rete delle cure palliative e nella rete di terapia del dolore.

La necessità di colmare eventuali lacune ha richiesto una puntuale definizione di elementi distintivi strutturali quantitativi e qualitativi che potessero, senza ambiguità, individuare le caratteristiche indispensabili affinché una struttura possa essere considerata a pieno titolo idonea.

La definizione di criteri imprescindibili appare condizione necessaria per un reale sviluppo della rete assistenziale sia nelle cure palliative che nella terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico, pur non escludendo il diritto di ogni malato ad un programma di cure personalizzato rispetto alle esigenze ed ai bisogni precisi del paziente e della sua famiglia.

Il documento oggetto di interesse ha l'obiettivo primario di assicurare una omogeneità di prestazioni su tutto il territorio nazionale rispondendo a criteri di equità e accessibilità, in conformità con le indicazioni della normativa.

La definizione di "un sistema tariffario di riferimento per le attività erogate dalla rete delle cure palliative e dalla rete della terapia del dolore per permettere il superamento delle differenze attualmente presenti a livello interregionale e per garantire una omogenea erogazione dei servizi essenziali di assistenza", previsto dall'articolo 5, comma 4, della Legge n. 38 del 2010.





MINISTERO DELLA SALUTE

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ E DELL'ORDINAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA UFFICIO XI DOCUMENTO SUI REQUISITI MINIMI E LE MODALITÀ ORGANIZZATIVE NECESSARI PER L'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE DI ASSISTENZA AI MALATI IN FASE TERMINALE E DELLE UNITÀ DI CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE

INTRODUZIONE

L'articolo 5 comma 3 della legge 38/2010 stabilisce di definire su proposta del Ministro della Salute, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, un'intesa in cui vengano stabiliti requisiti minimi e le modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture e delle attività sia residenziali che domiciliari, per poter identificare gli standard strutturali qualitativi e quantitativi che definiscono la rete delle cure palliative, la rete della terapia del dolore sia per il paziente adulto che per il paziente in età pediatrica. Il presente documento rappresenta il lavoro conclusivo della Commissione Nazionale, che si è avvalsa dell'apporto di specifici gruppi di lavoro, nell'ambito delle aree tematiche: cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e per il paziente pediatrico. Le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore assicurano un programma di cura individuale e personalizzato che, nel riconoscere la dignità e l'autonomia del paziente offre un'assistenza che deve rispettare standard di qualità e appropriatezza evidenziando, così come sottolineato dal legislatore, le diverse specificità dei percorsi assistenziali nelle cure palliative e nella terapia del dolore. Da questa esigenza è stato necessario costituire due reti nazionali specifiche così come definite dall'art. 2 comma 1 della legge 38/2010 *"...volte a garantire la continuità assistenziale del malato dalla struttura ospedaliera al suo domicilio e costituite dall'insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici..."*. L'ambito di riferimento delle cure palliative e della terapia del dolore in età pediatrica necessita di strutture e percorsi specifici così come stabilito dalla legge 38/2010 che tiene conto dell'Accordo tra

il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sottoscritto in data 27 giugno 2007 e del documento tecnico approvato in data 20 marzo 2008 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano.

La definizione della rete di assistenza della terapia del dolore nell'adulto ha richiesto un particolare impegno per la mancanza di riferimenti normativi precedenti che potessero indicare la direzione verso cui rivolgersi. Nonostante questa difficoltà, è stato possibile identificare sia le tipologie di strutture che le figure professionali idonee in grado di garantire una adeguata assistenza conforme con i principi ispiratori della legge."

"Diversa la situazione relativa alla rete delle cure palliative per l'adulto che pur in presenza di riferimenti normativi precedenti tra cui il DPCM del 20 gennaio 2000.

Il presente documento è il risultato di un percorso complesso di confronto tra tecnici rappresentanti del mondo professionale, delle società scientifiche e del mondo delle organizzazioni non-profit, finalizzato a presentare una proposta di intesa tale da garantire la tutela espressamente dichiarata nella legge 38 all'articolo 1 "*...il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore*". La definizione di requisiti minimi e delle modalità organizzative, risponde dunque all'esigenza primaria di fornire cure adeguate ai bisogni del malato e della sua famiglia per qualunque patologia evolutiva durante tutto il suo decorso, per ogni età e in ogni luogo di cura, sull'intero territorio nazionale, garantendo equità nell'accesso ai servizi e qualità delle cure nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza."

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

Dimensioni strutturali e di processo che caratterizzano la Rete Locale di Cure Palliative

(standard strutturali qualitativi e quantitativi - Articolo 5, Comma 3)

Per Rete Locale di Cure Palliative si intende una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale, che soddisfa contemporaneamente i seguenti requisiti:

1. Strutture organizzative di erogazione e coordinamento della Rete locale di Cure Palliative

Criterio: Nell'Azienda Sanitaria, strutture specifiche garantiscono l'assistenza di Cure Palliative in hospice, a domicilio e ove necessario in ospedale. Una struttura organizzativa di Cure Palliative con compiti di coordinamento garantisce una reale operatività della Rete di Cure Palliative. Ai fini della regolamentazione concorsuale per il personale medico dirigente del S.S.N. dedicato alle cure palliative, si auspica l'integrazione delle Tabelle di cui ai D.M. 30/1/1998 e 31/1/1998, relative alle discipline equipollenti ed affini, con l'istituzione della Disciplina "Cure Palliative".

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 o di un prolungamento significativo della vita (L. 38/2010, art. 2, comma 1)

Criterio: La Rete locale di Cure Palliative definisce o concorre a definire piani di intervento per poter garantire cure palliative per qualunque patologia evolutiva durante tutto il suo decorso, per ogni età ed in ogni luogo di cura. I piani devono coinvolgere in modo integrato tutte le risorse disponibili sul territorio, comprese le organizzazioni non - profit ed il settore sociale degli Enti Locali.

3. Operatività di equipe multi professionali dedicate, ai sensi dell'Art. 5 Comma 2

Criterio: Nella Rete locale di Cure Palliative operano equipe multiprofessionali con personale dedicato. Di tale equipe è parte integrante il medico di medicina generale. La strutturazione di base dell'equipe multiprofessionale è costituita da medici e infermieri in possesso di adeguata formazione ed esperienza. Con questa equipe collaborano, in rapporto ai bisogni del malato e della famiglia, psicologi, assistenti sociali nonché le altre figure professionali ritenute necessarie. Le equipe multiprofessionali adottano quale strumento di condivisione professionale periodica la riunione d'equipe.

4. Unitarietà del percorso di cure domiciliari

Criterio: L'unitarietà del percorso di cure a casa è garantita dalle Unità di Cure Palliative Domiciliari. Le Unità di Cure Palliative Domiciliari garantiscono interventi di base e interventi di equipe specialistiche, tra loro interagenti in funzione della complessità, che aumenta con l'avvicinarsi della fine della vita.

5. Continuità delle cure

Criterio: Nella Rete locale di Cure Palliative è garantita la continuità delle cure attraverso l'integrazione dei diversi ambiti assistenziali (domiciliari, ambulatoriali, a ciclo diurno, di ricovero) e nei vari setting di cura di seguito caratterizzati (casa, Hospice, ospedale, strutture residenziali). L'integrazione di queste opzioni assistenziali, in un programma di cure individuali, è condizione "essenziale per poter dare una risposta efficace ai bisogni dei malati e dei loro familiari. Tra gli strumenti possibili di tale integrazione si cita il Punto Unico di Accesso. La Rete garantisce una valutazione costante dei bisogni della famiglia al fine di individuare un percorso di supporto.

6. Formazione continua per gli operatori

Criterio: La formazione multidisciplinare degli operatori è un elemento indispensabile per il mantenimento di adeguati livelli qualitativi dell'assistenza. La Struttura organizzativa di Coordinamento della Rete locale partecipa, con le strutture aziendali dedicate, ai piani di formazione continua per gli operatori della rete. Quando sono presenti i volontari, essi devono essere adeguatamente formati e regolarmente supervisionati per le attività loro assegnate nell'ambito della Rete locale di Cure Palliative.

7. Programmi di supporto psicologico all'equipe

Criterio: Nella Rete locale di Cure Palliative sono attivati programmi di supporto psicologico e di prevenzione e trattamento del burn-out per gli operatori che lavorano nella Rete.

8. Misurazione della Qualità di vita

Criterio: Nella Rete locale di Cure Palliative sono utilizzati strumenti validati di misurazione della qualità di vita nei malati assistiti.

9. Cura attiva e globale e salvaguardia della dignità e autonomia del malato

Criterio: La Rete locale di Cure Palliative garantisce un adeguato controllo del dolore e degli altri sintomi fisici e psicologici che provocano sofferenza al malato, attraverso la valutazione multidimensionale dei bisogni e l'utilizzo di procedure sul trattamento dei sintomi tratte da linee-guida basate sull'evidenza. È garantita una rilevazione costante e documentata del grado di informazione del malato e della famiglia rispetto alla patologia in atto. È garantita l'esistenza e l'applicazione di protocolli per il riconoscimento dei malati che si avvicinano agli ultimi giorni o ore di vita, per la valutazione dei loro bisogni specifici, per una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia e per l'applicazione di linee guida per il controllo dei sintomi più frequenti in queste situazioni.

10. Supporto sociale e spirituale a malati e familiari

Criterio: La Rete locale di Cure Palliative contribuisce a garantire risposte organizzate ai bisogni sociali e spirituali di malati e familiari, che se non trovano risposte adeguate possono provocare una severa sofferenza.

11. Programmi di supporto al lutto

Criterio: La Rete locale di Cure Palliative garantisce programmi di supporto per i familiari dei malati assistiti in caso di lutto patologico.

12. Dilemmi etici

Criterio: La Rete locale di Cure Palliative stabilisce 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.

13. Programmi di informazione alla popolazione sulle cure palliative

Criterio: La Rete locale di Cure Palliative sviluppa programmi specifici di informazione ai cittadini sulle cure palliative e sulle modalità di accesso ai servizi della rete, in coerenza con quanto stabilito dai Programmi nazionali e regionali di comunicazione.

14. Programmi di valutazione della qualità delle cure

Criterio: La Struttura Organizzativa di coordinamento della Rete locale di Cure Palliative, valuta la quantità e la qualità delle prestazioni erogate, in accordo con quanto previsto dalle normative nazionali e regionali. La Rete locale di Cure Palliative garantisce l'utilizzo regolare di strumenti di valutazione della qualità percepita da parte del malato, quando possibile, e dei familiari per le cure prestate al malato durante il periodo di assistenza palliativa."

Questi elementi sono coerenti con quanto stabilito dalle fonti normative nazionali ed in particolare dagli Accordi già sottoscritti in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Riferimenti normativi nazionali

- D.M. 28/9/1999
- D.P.C.M. 20/1/2000, Allegato 1, comma 3
- D.P.R. 8/3/2000
- D.P.C.M. 14/2/2001
- Piano Sanitario Nazionale 2003-2005
- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008
- Piano Sanitario Nazionale 2011-2013
- D.M. 43, 22/2/2007
- D.M. 17/12/2008

Accordi sottoscritti in Conferenza Stato-Regioni

- Conferenza Stato-Regioni 8/3/2001
- Conferenza Stato-Regioni 19/4/2001
- Conferenza Stato-Regioni 13/3/2003
- Conferenza Stato-Regioni 27/6/2007
- Conferenza Stato-Regioni 25/3/2009
- Conferenza Stato-Regioni 16/12/2010

Tipologia di strutture (Articolo 5, Comma 2)

Requisiti, modalità organizzative, standard strutturali, pianta organica, figure professionali (Articolo 5, Comma 3)

Rete locale di Cure Palliative

La Rete Locale di Cure Palliative è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in Hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale. La funzione di coordinamento viene affidata a una Struttura specificamente dedicata e formata da figure professionali con specifica competenza ed esperienza ai sensi dell'Articolo 5, Comma 2, Legge 38/2010. Le funzioni di coordinamento sono quelle previste nell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 16/12/2010.

Assistenza ospedaliera

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, l'approccio palliativo è garantito per tutti i malati durante l'intero percorso di cura, in funzione dei bisogni e in integrazione con le specifiche fasi terapeutiche delle malattie croniche evolutive.

Le cure palliative in ospedale, nell'ambito della rete di cure palliative, sono caratterizzate:

- consulenza palliativa, assicurata da un'equipe medico-infermieristica con specifica competenza ed esperienza;
- prestazioni in ospedalizzazione in regime diurno o comunque erogate in modalità alternative previste all'interno del sistema organizzativo regionale;
- attività ambulatoriale;
- degenza in Hospice qualora questa struttura sia presente.

La consulenza palliativa multiprofessionale medica e infermieristica fornisce un supporto specialistico ai malati nei diversi regimi di assistenza ospedaliera al fine di un ottimale controllo dei sintomi, all'ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, all'individuazione del percorso e del setting di cura più appropriato e di una corretta comunicazione con il malato e con la famiglia, contribuendo ad assicurare continuità assistenziale durante tutto il percorso di malattia ed integrazione tra i diversi livelli della rete.

L'ospedalizzazione in regime diurno di cure palliative garantisce l'erogazione di prestazioni "terapeutiche di particolare complessità non eseguibili nelle altre strutture della rete.

L'ambulatorio garantisce prestazioni per pazienti autosufficienti che necessitano di valutazione multidimensionale specialistica per il controllo ottimale dei sintomi, ivi compreso il dolore, e per il supporto alla famiglia.

Assistenza residenziale in Hospice

Le cure palliative in Hospice, nell'ambito della Rete locale di Cure Palliative, sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che a prestazioni sociali, tutelari ed alberghiere, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Esse sono erogate da equipe multidisciplinari e multi professionali che assicurano cure e assistenza in via continuativa sulle ventiquattro ore, sette giorni su sette. Le cure in Hospice sono garantite in modo omogeneo: gli Hospice sono inseriti nei LEA distrettuali, anche quando sono logisticamente situati in strutture sanitarie di ricovero e cura oppure ne costituiscono articolazioni organizzative.

Le funzioni del day-Hospice, come definite dall'art. 2 comma g, sono equiparabili alle prestazioni in regime di ospedalizzazione a ciclo diurno.

Ai fini della individuazione delle figure professionali, in coerenza con quanto previsto dall'Articolo 5, Comma 2, si rimanda all'Allegato n. 1.

Ai fini della definizione dei requisiti strutturali e tecnologici per i Centri residenziali di Cure Palliative (Hospice), in coerenza con quanto previsto dall'Articolo 5, Comma 3, si rimanda al D.P.C.M. 20 gennaio 2000.

Assistenza Domiciliare – Unità di cure palliative domiciliari

Le cure palliative domiciliari nell'ambito della rete locale di assistenza, sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che da prestazioni sociali e tutelari, nonché di sostegno spirituale, a favore di per-

sono affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

Tale livello viene erogato dalle Unità di Cure Palliative (UCP) domiciliari che garantiscono sia gli interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia interventi di equipe specialistiche tra loro interagenti in funzione della complessità che aumenta con l'avvicinarsi della fine della vita nonché la pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.

Gli interventi di base garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia. Queste cure sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative. Le cure richiedono interventi programmati in funzione del progetto di assistenza individuale.

Gli interventi di équipe specialistiche multiprofessionali dedicate, sono rivolti a malati con bisogni complessi, per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, vanno garantite la continuità assistenziale, interventi programmati ed articolati sui sette giorni, definiti dal progetto di assistenza individuale.

Ai fini della individuazione delle figure professionali, si fa riferimento all'Allegato n. 2.

Le cure sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, farmacologico e diagnostico a favore di persone nella fase terminale della vita, affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sui 7 giorni nonché pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver. Le Cure Palliative Domiciliari richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente da parte di una equipe professionale e la definizione di un "Piano di cure personalizzato". Le Cure Domiciliari palliative sono integrate da interventi sociali in relazioni agli esiti della valutazione multidimensionale."

"Ai fini della definizione dei requisiti strutturali e tecnologici, in coerenza con quanto previsto dall'Articolo 5, Comma 3, si rimanda al Documento conclusivo "Caratterizzazione dei Servizi di Cure Domiciliari" approvato dal Comitato Ospedalizzazione Domiciliare (D.M. 12/4/2002).

Ai fini della definizione di percorsi assistenziali è necessario distinguere le Cure Palliative Domiciliari di base dalle Cure Palliative Domiciliari specialistiche e, nell'ambito di queste ultime, i percorsi assistenziali rivolti ai malati oncologici ed ai malati non oncologici.

Assistenza in Strutture Residenziali

Le strutture residenziali per anziani o disabili garantiscono le Cure Palliative ai propri ospiti anche avvalendosi della Unità di Cure Palliative Domiciliari territorialmente competente, con le modalità indicate alla voce "Assistenza Domiciliare."

Compensazioni interregionali

È necessario che per le attività degli Hospice e dei servizi di cure palliative domiciliari vengano applicati i meccanismi delle compensazioni interregionali già previsti per l'assistenza ospedaliera."

Dimensioni strutturali e di processo che caratterizzano la Rete di Terapia del Dolore, ai fini dell'accREDITAMENTO delle Strutture

(standard strutturali qualitativi e quantitativi - Articolo 5, Comma 3)

Per Rete di Terapia del dolore 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 e che soddisfa contemporaneamente i seguenti requisiti:

1. Struttura organizzativa regionale di coordinamento della Rete di Terapia del Dolore

Criterio: L'istituzione a livello regionale di una struttura organizzativa con compiti di coordinamento, è una condizione necessaria per una reale operatività della Rete di Terapia del Dolore. La struttura organizzativa coordina e monitora l'attività e lo sviluppo della rete interfacciandosi con le Aziende e i professionisti della rete come da Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni 16/12/2010. La Struttura organizzativa regionale di coordinamento della Rete di Terapia del Dolore si interfaccia con la Rete delle Cure Palliative per garantire la piena applicabilità e fruibilità della legge.

2. Strutture di erogazione della Rete di Terapia del Dolore

Criterio: Per tutelare il diritto del cittadino ad accedere alla Terapia del Dolore, indipendentemente dalla sua eziopatogenesi, e garantire la sua presa in carico vengono attivati tutti i nodi della rete sia territoriale che ospedaliera, viene garantita l'interazione con percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi condivisi, vengono predisposte procedure per la gestione delle interfacce e un sistema informativo che permetta la comunicazione dei dati tra i nodi della rete .

I nodi della rete sono le strutture declinate, come da Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni 16/12/2010, nelle Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali Legge 15 marzo 2010 n. 38, Art. 3:

- Ambulatori dei Medici di Medicina Generale: forme di organizzazione funzionale previste dagli accordi collettivi con la medicina generale;
- Centri Spoke/Centri Ambulatori di terapia del dolore;
- Centri HUB/Centri ospedalieri di terapia del dolore.

Si integrano nella rete tutte le attività specialistiche orientate alla diagnosi, terapia, riabilitazione di patologie dolorose specifiche.

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, la terapia del dolore è garantita, da tutti i professionisti, durante l'intero percorso di cura, in funzione dei bisogni dell'assistito e in integrazione con le specifiche fasi terapeutiche delle patologie acute e croniche.

Le Aziende attuano quanto previsto dall'art.7: in tutte le strutture, vengono riportate in cartella clinica le caratteristiche del dolore rilevato, la sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi ed il risultato antalgico conseguito; inserendo la valutazione del dolore e la terapia antalgica nel piano terapeutico da inviare al MMG alla dimissione. In ospedale, nell'ambito della rete di assistenza, sono previste, inoltre, prestazioni di consulenza antalgica, assicurata da un'equipe medico-infermieristica (dei centri Spoke/Centro ambulatoriale di terapia del dolore e Hub/Centro ospedaliero di terapia del dolore) con specifica competenza ed esperienza, per la presa in carico dei casi complessi.

Le prestazioni di consulenza di terapia antalgica forniscono un supporto specialistico alla persona con dolore, nei diversi regimi di assistenza ospedaliera al fine di un ottimale controllo del dolore,

contribuendo ad assicurare continuità assistenziale durante tutto il percorso di malattia ed integrazione tra i diversi nodi della rete.

3. Tutela del cittadino ad accedere alla Terapia del Dolore

Criterio: La Rete di Terapia del Dolore contribuisce a definire percorsi diagnostico terapeutici e riabilitativi per garantire la presa in carico e assistenza del paziente con dolore acuto o cronico, moderato o severo, riducendone il dolore e il grado di disabilità e favorendone la reintegrazione nel contesto sociale e lavorativo. È opportuno che vengano coinvolte in modo integrato tutte le risorse disponibili.

4. Continuità delle cure

Criterio: La Rete di Terapia del Dolore contribuisce a garantire la continuità delle cure attraverso l'integrazione dei diversi ambiti assistenziali.

I professionisti dei diversi nodi della rete operano secondo Percorsi Diagnostici Terapeutici e Riabilitativi condivisi e formalizzati (PDTA). La continuità assistenziale viene supportata da sistemi informatici che consentono la condivisione dei flussi informativi tra i professionisti, soprattutto tra quelli che operano sul territorio e in ospedale, sia ai fini clinici / gestionali, sia al fine di un puntuale monitoraggio dei processi e degli esiti.

5. Operatività di equipe multi professionali dedicate, ai sensi dell'Art. 5 Comma 2

Criterio: Nella Rete di Terapia del Dolore operano figure multiprofessionali: 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 previsto art.5 comma2) nonché le altre figure professionali ritenute essenziali.

6. Formazione continua per gli operatori

Criterio: La formazione dei professionisti è un elemento indispensabile per rispondere ai bisogni della persona con dolore. È necessario predisporre ed attuare piani di formazione continua specifica per i MMG e per i professionisti dei presidi ospedalieri e territoriali centrati sia su competenze specifiche, sia su elementi gestionali. Sono predisposti progetti comuni che coinvolgono i diversi professionisti della rete.

La Struttura organizzativa regionale di Coordinamento della Rete promuove, con le strutture aziendali dedicate, i piani di formazione continua per i professionisti della Rete, come da accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni 16/12/2010.

7. Misurazione del dolore

Criterio: Nella Rete di Terapia del Dolore sono utilizzati con regolarità strumenti validati di misurazione del dolore delle persone assistite.

8. Cura attiva e globale e salvaguardia della dignità e autonomia della persona assistita

Criterio: La Rete di Terapia del Dolore garantisce un'adeguata gestione del dolore e dei sintomi correlati che concorrono alla sofferenza della persona assistita. È garantita l'informazione rispetto alla diagnosi, trattamenti, alternative terapeutiche e prognosi.

9. Programmi di informazione alla popolazione sulla Terapia del Dolore

Criterio: La Rete di Terapia del Dolore sviluppa programmi specifici di informazione ai cittadini sulla missione della rete di Terapia del Dolore, sulle modalità di accesso ai nodi delle rete stessa (for-

me di organizzazione funzionale previste dagli accordi collettivi con la medicina generale, Spoke/ Centro ambulatoriale di terapia del Dolore e Hub/Centro ospedaliero di Terapia del Dolore) e sulle prestazioni erogate, in coerenza con quanto stabilito dai Programmi regionali di comunicazione, come da Accordo sancito dalla Conferenza Stato Regioni 16/12/2010. Tale programma può essere attuato in accordo e con il contributo delle associazioni non-profit operanti nel settore.

10. Programmi di valutazione delle prestazioni e sistema informativo regionale

Criterio: La Struttura Organizzativa di coordinamento regionale della Rete, e le strutture aziendali della Rete assolvono alle funzioni previste negli Accordi della Conferenza Stato-Regioni del 28/10/2010 e del 16/12/2010. I dati del NSIS del Ministero della Salute saranno utilizzati per il monitoraggio e valutazione delle attività della Rete di Terapia del Dolore.

Requisiti, modalità organizzative, standard strutturali, figure professionali

(Articolo 5, Comma 3) Modalità organizzative necessarie per l'accreditamento come struttura della rete volte a consentire l'integrazione.

In relazione alla necessità di definire i fattori di accreditamento si elencano di seguito i seguenti elementi:

Forme di aggregazione funzionale previste dagli accordi collettivi con la medicina generale

Con lo sviluppo delle aggregazioni territoriali di MMG sul territorio nazionale e l'attuazione di un programma di formazione dei MMG nell'ambito della terapia del dolore, si viene a definire un modello articolato sulla base della struttura organizzativa della medicina generale in grado di dare la prima risposta diagnostica e terapeutica ai bisogni della persona con dolore, di indirizzare, quando necessario e secondo criteri condivisi di appropriatezza, il paziente allo Spoke/Centro ambulatoriale di Terapia del Dolore o all'Hub/Centro ospedaliero di Terapia del Dolore, e garantire la continuità della gestione nell'ambito di percorsi definiti nella rete. Nelle forme di aggregazione funzionale previste dagli accordi collettivi con la medicina generale, sono garantite le competenze in Terapia del Dolore necessarie ad assicurare la continuità della gestione. Con adeguata formazione si implementano le capacità del MMG di conoscere e applicare i Percorsi Diagnostico Terapeutici e Riabilitativi (PDT-Dolore). In particolare deve essere in grado di effettuare una diagnosi del tipo di dolore, utilizzando semplici strumenti disponibili in ogni ambulatorio, misurarne la intensità e l'impatto sulla qualità di vita, registrando in cartella il dato, come previsto dall'Art. 7 della Legge 38/2010, ed impostare la terapia.

Spoke/Centro ambulatoriale di Terapia del Dolore

La struttura di livello Spoke è preposta ad effettuare interventi diagnostici e terapeutici farmacologici, strumentali, chirurgici variamente integrati, finalizzati alla riduzione del dolore e delle disabilità delle persone assistite in regime ambulatoriale.

Garantisce la gestione del dolore indipendentemente dalla sua eziopatogenesi.

Hub/Centro ospedaliero di Terapia del Dolore

La struttura di livello Hub è preposta ad erogare interventi diagnostici e terapeutici ad alta complessità (farmacologici, chirurgici, psicologici variamente integrati) finalizzati alla riduzione del dolore e delle disabilità delle persone con dolore, acuto e cronico, in regime ambulatoriale, di ricovero ordinario e di day-hospital o attraverso modalità alternative previste dai vari ordinamenti regionali. Garantisce la gestione del dolore attraverso un approccio interdisciplinare per le patologie complesse, sia con team dedicati che con rete di consulenze.

Alla struttura Hub possono essere affidati i compiti di sorveglianza delle innovazioni tecnologiche e di monitoraggio dei processi di cura complessi e i registri per le procedure a permanenza.

Fabbisogno

La distribuzione sul territorio regionale degli Hub/Centro ospedaliero di Terapia del Dolore e Spoke/Centro ambulatoriale di Terapia del Dolore viene proporzionata al numero di abitanti, salvaguardando le aree territoriali disagiate, quindi una rete regionale può avere più di un Hub/Centro ospedaliero di Terapia del Dolore.

Requisiti minimi Spoke/Centro ambulatoriale di Terapia del Dolore e Hub/Centro ospedaliero di Terapia del Dolore

- Spoke/Centro ambulatoriale di terapia del dolore
- **Livello:** ospedaliero/territoriale.
- **Strutturali:** risponde ai requisiti di accreditamento regionali per strutture ambulatoriali ad indirizzo chirurgico.
- **Minimo di attività:** dedica almeno 18 ore di attività settimanali a pazienti esterni.

Garantisce l'erogazione di tutte le prestazioni di terapia del dolore previste in regime ambulatoriale. Garantisce una tempestiva attività di consulenza ospedaliera con la presa in carico dei casi complessi (inquadramento diagnostico, valutazione del dolore con scale validate, interventi terapeutici, valutazione dell'efficacia del trattamento, impostazione del piano terapeutico antalgico da inviare al MMG alla dimissione).

Nel centro ambulatoriale deve operare almeno un Anestesista Rianimatore dedicato all'attività di terapia antalgica, supportato da una procedura organizzativa che garantisca la presenza di un infermiere esperto durante lo svolgimento dell'attività invasiva maggiore.

Caratteristiche delle Prestazioni: vengono definite procedure ed istruzioni operative per garantire le caratteristiche qualitative delle prestazioni dichiarate dal servizio e la gestione delle interfacce. Nella cartella clinica ambulatoriale vengono registrati: inquadramento diagnostico, valutazione dolore con scale validate, piano terapeutico, consenso, valutazione efficacia trattamento, follow-up.

La documentazione del processo assistenziale comprende: registro prestazioni, cartella clinica ambulatoriale, relazione al medico curante, comprensiva del piano terapeutico antalgico.

Vengono definite le interfacce con la Rete di Cure Palliative presente nel bacino di riferimento dello Spoke/.

Vengono definite le interfacce con le strutture esterne allo Spoke/ Centro ambulatoriale di terapia del dolore che erogano attività specialistiche orientate alla diagnosi, terapia, riabilitazione di patologie dolorose specifiche.

Valutazione qualità prestazioni: raccolta standardizzata dei dati per il set di indicatori da monitorare per gli audit interni e per rispondere al debito informativo nazionale.

HUB/ Centro ospedaliero di Terapia del Dolore

- **Livello:** ospedaliero
- **Strutturali:** risponde ai requisiti regionali per accreditamento delle strutture necessarie all'erogazione delle procedure ambulatoriali invasive (struttura ambulatoriale ad indirizzo chirurgico), procedure invasive ad alta complessità (sala operatoria e/o sala di diagnostica per immagini), e per la degenza ordinaria, day-hospital, day-surgery, o attraverso modalità alternative previste dai diversi sistemi organizzativi regionali. L'area funzionale dei servizi generali di supporto verrà dimensionata sulla base delle attività.
- **Tecnologici:** strumenti per la diagnostica del sistema somato-sensoriale e autonomico.
- **Minimo di attività:** apertura minima del Centro: h12 nei giorni feriali integrata con sistema di reperibilità h 24. Deve garantire con idonea strumentazione le attività previste.
- Attività ambulatoriale per esterni almeno cinque giorni la settimana (minimo 30 ore) con erogazione di tutte le prestazioni previste in regime ambulatoriale.

Attività procedurale invasiva ad alta complessità. Garantisce:

- prestazioni specialistiche diagnostiche (es. diagnosi clinico-strumentale del sistema somato-sensoriale e autonomico, tecniche diagnostiche evocative, blocchi diagnostici delle vie somato-sensoriali);
- l'erogazione di prestazioni specialistiche di alto livello (es: neurostimolazione spinale e periferica, neuromodulazione spinale farmacologia, neurolesioni del sistema simpatico e somatico, procedure mininvasive comprese le tecniche endoscopiche);
- quanto previsto nei percorsi diagnostico-terapeutici della rete su cui insiste;
- attività di consulenza ospedaliera con la presa in carico dei casi complessi (inquadramento diagnostico, valutazione del dolore con scale validate, interventi terapeutici, valutazione dell'efficacia del trattamento, impostazione del piano terapeutico antalgico da inviare al MMG alla dimissione);
- consulenza antalgica per pazienti in assistenza domiciliare, secondo quanto previsto nei percorsi diagnostico-terapeutici della rete su cui insiste.

Per le attività di cui sopra nel centro ospedaliero di tipo Hub opera una équipe multiprofessionale di personale dedicato adeguato all'attività erogata comprendente almeno due specialisti in anestesia e rianimazione, infermieri e psicologi in numero adeguato ai volumi e alla tipologia organizzativa "dell'Hub. La continuità è garantita con reperibilità telefonica notturna e festiva o con supporto di una reperibilità aziendale-dipartimentale specialistica.

Organizzativi: l'attività in regime di Degenza Ordinaria, in Day Hospital o comunque erogata con modalità alternative previste dai diversi sistemi organizzativi regionali, può essere espletata in strutture autonome e dedicate o all'interno di altri ambiti di degenza; in quest'ultimo caso secondo una procedura che descriva le modalità di utilizzo dei posti letto in termini di accessibilità/disponibilità e di una procedura che regoli la disponibilità della sala operatoria e/o di una sala di diagnostica per immagini.

Le prestazioni erogate per pazienti degenti in altre UU.OO sono comunque da considerare ai fini della determinazione dei volumi di attività del Hub/Centro ospedaliero di Terapia del Dolore.

Vengono predisposte schede informative relative alle prestazioni invasive.

Caratteristiche delle Prestazioni: vengono condivise procedure ed istruzioni operative per garantire le caratteristiche qualitative delle prestazioni dichiarate dal servizio e la gestione delle interfacce .

Documentazione processo assistenziale: sono previste procedure/istruzioni operative in accordo con le procedure delle normative vigenti nei diversi sistemi operativi regionali.

Per i pazienti assistiti in ambulatorio viene istituita una cartella clinica ambulatoriale.

Vengono definite le interfacce con la Rete di Cure Palliative presente nel bacino di riferimento dell'Hub/Centro ospedaliero di Terapia del Dolore.

Vengono definite le interfacce con le strutture esterne al Centro che erogano attività specialistiche orientate alla diagnosi, terapia, riabilitazione di patologie dolorose specifiche.

Competenza individuale: le Regioni avviano i percorsi di valutazione dei volumi e della quantità per garantire la clinical competence dei professionisti che operano nel Hub/Centro ospedaliero di Terapia del Dolore.

Valutazione della qualità percepita dell'assistenza: si garantisce l'utilizzo regolare di strumenti di valutazione della qualità percepita da parte del paziente.

Dimensioni strutturali e di processo che caratterizzano la Rete di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrica, ai fini dell'accreditamento delle Strutture *(standard strutturali qualitativi e quantitativi - Articolo 5, Comma 3)*

Per Rete di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrica si intende una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di Terapia del Dolore e Cure Palliative rivolte al minore, erogate nei diversi setting assistenziali, in un ambito territoriale ed ospedaliero definito a livello regionale, che soddisfa contemporaneamente i seguenti requisiti di:

1. Tutela del minore nel diritto al controllo del dolore e alle CP indipendentemente da età, patologia e luogo di residenza

Criterio: Assicurare il controllo del dolore e le Cure Palliative Pediatriche quale diritto alla salute per qualunque patologia, per tutte le fasce dell'età pediatrica ed in ogni luogo di cura come sancito nell'Art 1 della Legge 15 marzo 2010 n. 38. Nella Rete sono definiti percorsi diagnostico terapeutici, riabilitativi e di supporto per garantire la presa in carico e assistenza del bambino con dolore, moderato o severo, e del bambino con patologia inguaribile eleggibile alle CP e della sua famiglia.

2. Disponibilità del Centro specialistico di riferimento regionale di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche

Criterio: Disporre di almeno un Centro specialistico di riferimento per la Terapia antalgica e le CP rivolte al minore. Di norma il Centro copre un bacino d'utenza regionale, ma può avere, in situazioni particolari, anche dimensionamento sovraregionale. Il Centro supporta, si integra e collabora nelle attività assistenziali con tutte le strutture/istituzioni del sistema socio-sanitario rivolte al minore e non, disponibili sul territorio, compreso il settore sociale e le organizzazioni non profit. Il Centro è il riferimento clinico, di formazione e ricerca per il funzionamento e il sostegno della Rete.

3. Disponibilità di risposte residenziali – (es. Hospice pediatrico)

Criterio: Avere a disposizione delle risposte residenziali, alternativa al modello di ospedale per acuti anche attraverso l'istituzione di un centro residenziale di cure palliative pediatriche, ove in caso di necessità diagnostica e/o terapeutica il bambino e la famiglia vengano accolti in continuità di cura, di riferimento, di obiettivi e di scelte con i vari referenti della rete regionale.

4. Disponibilità di strutture/servizi/competenze di Terapia del Dolore e CP rivolte al paziente pediatrico

Criterio: Tutti gli operatori sanitari che lavorano in ambito pediatrico devono essere preparati a dare risposte competenti e professionali sulla gestione del dolore e delle CPP. Sono da prevedere due livelli di gestione:

- Gestione specialistica del dolore pediatrico e delle CPP eseguita dalle equipe/centro multispecialistico di riferimento della rete specializzata e dedicata alla gestione del dolore - CPP in ambito neonatale/pediatrico/adolescenziale;
- Gestione generale del dolore pediatrico e delle CPP eseguita dal personale medico ed infermieristico già presente all'interno dei reparti di pediatria/strutture ospedaliere e dai pediatri di libera scelta/MMG, adeguatamente preparato e supportato dal personale del centro di riferimento.

I due livelli d'intervento lavorano in continuità di obiettivi e metodologia attraverso la strutturazione di una rete di collaborazione, condivisione, fra centro di riferimento e tutte le strutture che offrono servizi per la salute del paziente pediatrico. Viene garantita l'integrazione con la definizione di percorsi diagnostici, terapeutici, assistenziali e riabilitativi condivisi, la definizione di strumenti e procedure condivise tra i nodi della rete (teleconsulto, telemedicina).

5. Raccordo con i servizi sociali ed educativi

Criterio: Dolore e inguaribilità pongono limiti sulle possibilità concrete che il minore ha nel fare quello che normalmente un bambino di pari età fa. Il raccordo con i servizi socio-educativi permette al minore un recupero/mantenimento delle relazioni sociali e scolastiche, essenziali per la qualità della vita e per la crescita.

6. Cura attiva e globale e salvaguardia della dignità del bambino

Criterio: È garantita nei limiti della situazione e dell'età, l'attenzione al volere e ai desideri del bambino, nella definizione dei programmi terapeutici e di presa in carico. La Rete garantisce un adeguato controllo del dolore e degli altri sintomi fisici e psicologici che provocano sofferenza al bambino malato, attraverso la valutazione routinaria con scale/strumenti validati in tutti i setting di cura, dei sintomi e dei bisogni nonché l'utilizzo di protocolli assistenziali e terapeutici tratti da linee guida-raccomandazioni basate sull'evidenza e su dati esperienziali condivisi. È garantita la risposta a bisogni educativi e sociali essenziali per la qualità di vita e per le possibilità di crescita del minore, nonché i bisogni spirituali.

7. Continuità delle cure ed unicità di riferimento

Criterio: Nella Rete di Terapia del Dolore e CP rivolta al paziente pediatrico è garantita la continuità delle cure attraverso l'integrazione dei diversi ambiti assistenziali (domiciliare, ambulatoriali, di ricovero, a ciclo diurno, o attraverso modalità alternative previste dai diversi sistemi organizzativi regionali), continuità delle cure intesa nelle sue diverse dimensioni:

- temporale: reperibilità continuativa;
- tra servizi: unicità di riferimento in caso di passaggio di regime assistenziale (domicilio-ospedale- hospice-risposta residenziale dedicata al paziente pediatrico);
- di operatori e competenze (alto livello di competenza e conoscenza del caso indipendentemente dalla sede di gestione)
- di scelte e strategie (condivisione continua del piano di assistenza individualizzato).

8. Operatività di equipe multi professionali dedicate al paziente pediatrico

Criterio: La Rete di Terapia del Dolore e CPP garantisce un adeguato controllo del dolore e degli altri sintomi fisici e psicologici che provocano sofferenza al bambino ed alla sua famiglia. Nella Rete di Terapia del Dolore e CPP operano in equipe, figure con competenze diverse in grado di rispondere ai molteplici bisogni che dolore e malattia determinano.

9. Formazione continua e sul caso per gli operatori

Criterio: La formazione multidisciplinare dei professionisti è un elemento indispensabile per rispondere ai bisogni del paziente pediatrico. La Rete deve disporre di piani di formazione di base continua sul dolore e sulle Cure Palliative Pediatriche per tutti i professionisti dei presidi ospedalieri e territoriali, nonché programmi di formazione specifica sul caso, rivolta ai professionisti coinvolti nella presa in carico del singolo paziente.

10 Misurazione della Qualità di vita

Criterio: Nella Rete di Terapia del Dolore e CPP sono utilizzati con regolarità strumenti validati di misurazione della qualità di vita del paziente e della sua famiglia.

11. Comunicazione alla famiglia ed al bambino.

Criterio: È garantita l'informazione continua alla famiglia rispetto alla diagnosi, trattamenti, alternative terapeutiche e prognosi.

La Rete garantisce la comunicazione continua sulla situazione clinica, la terapia e le sue conseguenze e limitazioni anche al minore con strumenti consoni all'età ed alle condizioni cliniche.

12. Supporto alla famiglia

Criterio: È garantito il supporto alla famiglia, sia a livello clinico ed organizzativo che psicologico, spirituale, formativo e sociale. Il supporto deve essere attento ai bisogni dei diversi elementi del nucleo familiare, con particolare attenzione ai fratelli del paziente e/o alle altre persone fragili del nucleo allargato.

13. Programmi di supporto al lutto

Criterio: La Rete garantisce programmi di supporto al lutto per i genitori, i fratelli e per gli altri membri della famiglia e della rete sociale del bambino deceduto.

14. Programmi di supporto psicologico all'equipe

Criterio: Nella Rete pediatrica sono attivati programmi di supporto psicologico e di prevenzione e trattamento del burn-out per gli operatori che lavorano nella Rete.

15. Dilemmi etici

Criterio: La Rete pediatrica stabilisce 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 aziendale di riferimento.

16. Programmi di informazione

Criterio: La Rete di Cure Palliative Pediatriche e Terapia del Dolore sviluppa programmi specifici e mirati di informazione sui principi di una migliore assistenza ai minori e sulle modalità di accesso ai servizi specifici della rete pediatrica, in coerenza con quanto stabilito dai Programmi regionali di comunicazione.

17. Programmi di valutazione della qualità delle cure

Criterio: La rete garantisce l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni erogate e l'utilizzo regolare di strumenti di valutazione della qualità percepita da parte del bambino (quando possibile) e dei familiari per le cure prestate. Saranno utilizzati per il monitoraggio e valutazione delle attività della Rete di Terapia del Dolore e delle CP rivolte al paziente pediatrico, i dati del NSIS del Ministero della Salute integrato con altre esigenze informative.

Requisiti, modalità organizzative, standard strutturali, figure professionali *(Articolo 5, Comma 3)*

Modalità organizzative necessarie per l'accreditamento come struttura della rete volte a consentire l'integrazione.

In relazione alla necessità di definire i fattori di accreditamento si elencano i seguenti elementi:

LA RETE REGIONALE DI TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE

La relativa bassa numerosità dei minori eleggibili alle CPP ed alla terapia antalgica specialistica, e la complessità e specializzazione delle competenze richieste determinano la necessità, da un lato, di una risposta specialistica con riferimento ad ampi bacini d'utenza, dall'altro di una disponibilità di intervento più vicino possibile al luogo di vita del bambino, idealmente al suo domicilio. L'unione in un'unica organizzazione funzionale di uno o più centri specialistici di riferimento ad ampio bacino e delle reti orizzontali centrate sui luoghi di vita delle cure primarie, costituisce la Rete di Cure Palliative e la Terapia del Dolore pediatrica.

La Rete è volta a garantire la continuità assistenziale (h24), offrire risposte ad alta complessità e specializzazione più vicino possibile al luogo di vita del bambino, idealmente al suo domicilio. Fornisce in maniera congiunta ed in continuità e unicità di riferimento, risposte residenziali, ospedaliere e domiciliari, in grado di integrarsi e modularsi nei diversi momenti della malattia a secondo delle necessità.

È costituita da tutte le strutture/istituzioni del sistema socio-sanitario, necessarie alla gestione del minore e si integra e collabora con tutte le reti pediatriche e non, esistenti sul territorio.

La Rete regionale è supportata dai centri di riferimento per le Cure Palliative e la Terapia del Dolore pediatrica. La Rete si può contestualizzare in modo differente nelle singole regioni ed è organizzata in gran parte utilizzando le risorse già presenti nel sistema dei servizi sanitari regionali.

Il personale partecipa alla costituzione della rete o in modo esclusivamente dedicato alla rete o attivato sul caso specifico.

La rete quindi permette di valorizzare le risorse esistenti e di ottimizzare l'utilizzo di competenze, strutture, strumenti e tempi e contemporaneamente di migliorare e rendere omogenea la risposta assistenziale a questi pazienti. La Rete, in tutti i suoi diversi nodi, si raccorda con i servizi sociali ed educativi. Se da un lato infatti l'inguaribilità pone molti limiti sulle possibilità concrete che il minore ha nel fare quello che normalmente un bambino di pari età fa, dall'altro certamente non toglie né modifica la necessità di continuare a crescere ed a confrontarsi con le diverse fasi di sviluppo psicologico, relazionale, emozionale e sociale che l'età pediatrica ed adolescenziale comporta. La presa in carico globale di bambino e famiglia richiede pertanto l'attivazione anche di servizi che favoriscono il mantenimento della famiglia nel proprio ruolo sociale e permettono al minore un recupero/mantenimento delle relazioni sociali e scolastiche, essenziali per la qualità della vita e per la crescita.

La Rete regionale di CPP e Terapia del Dolore garantisce reperibilità medico-infermieristica telefonica h 24 per famiglie e operatori della rete e assicura continuità assistenziale anche attraverso eventuali accessi a domicilio o attraverso l'attivazione di tutti i nodi della Rete.

Elementi essenziali della Rete sono:

1. Centro di Riferimento di CPP e Terapia del Dolore
2. Risposte residenziali (es. Hospice pediatrico)
3. Risposte ospedaliere (Reparti ad indirizzo pediatrico)
4. Assistenza domiciliare di base e specialistica (Unità di Cure Palliative Domiciliari e altre reti domiciliari pediatriche e non, esistenti sul territorio, purché idonee ad effettuare interventi domiciliari)
5. Servizi socio-sanitari territoriali ed educativi
6. Servizio di urgenza/emergenza (118 e pronto soccorso)

1. CENTRO DI RIFERIMENTO DI CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE PEDIATRICO

Livello: regionale

Di norma, ogni regione provvede alla strutturazione di almeno un Centro di Riferimento per le CP e la Terapia antalgica rivolte al paziente in età pediatrica. In situazioni particolari può coprire bacini d'utenza anche sovraregionali.

Il Centro è il riferimento clinico, di formazione e ricerca per il funzionamento e il sostegno della **Rete**
Requisiti Strutturali ed Organizzativi: La sede deve disporre almeno di spazi per l'attività di segreteria, spazi per riunioni anche in teleconferenza, spazi per l'attività didattica e archivio.

Nel centro lavora un'equipe multispecialistica e multiprofessionale, specificatamente dedicata alle CPP e alla gestione del dolore nel minore, che può anche condividere con il personale della struttura residenziale (es. Hospice pediatrico ove presente).

Nel Centro regionale di riferimento è necessaria la presenza di figure professionali diverse e complementari:

- Medico con specifica formazione ed esperienza in pediatria, CP e Terapia del Dolore nel bambino e competenze gestionali e organizzative.
- Le figure indicate sono: pediatri e/o anestesisti esperti in CP e TDD Pediatrica
- Infermiere con specifica e documentata esperienza e formazione in pediatria, CPP e Terapia del Dolore.
- Psicologo con specifica e documentata esperienza e formazione in pediatria, CPP e Terapia del Dolore.

In base alle specifiche necessità del bambino e della sua famiglia, devono essere attivabili tutte le consulenze e professionalità necessarie.

Elementi di qualità sono la disponibilità di ulteriori competenze nella gestione dei pazienti pediatrici, multiproblematici e la gestione dell'organizzazione di servizi per la salute

Processi: Il Centro è dedicato e specifico da un punto di vista organizzativo e di risorse, per l'età pediatrica. Il centro deve avere a disposizione risorse, strumentazione ed organizzazione per:

1. il coordinamento clinico-assistenziale dei percorsi tra gli elementi della Rete
2. supporto all'elaborazione e diffusione di strumenti per una presa in carico omogenea su tutta l'area regionale: raccomandazioni cliniche, scale di valutazione, procedure organizzative, modulistica e cartella clinica
3. supporto alla formazione di base e specialistica
4. concorso al monitoraggio delle attività secondo indicatori di qualità e di processo condivisi a livello nazionale, la cui raccolta e trasmissione deve essere in linea a quanto previsto a livello nazionale
5. partecipazione e promozione della ricerca
6. offerta riferimento/competenze/supporto per le associazioni di utenza
7. concorso allo sviluppo di programmi di informazione pubblica
8. promozione di iniziative culturali.

2. RISPOSTA RESIDENZIALE.

Il luogo di cura residenziale deve essere adeguato ad accogliere il minore e la famiglia in ambiente dedicato e protetto. Il personale deve essere specificatamente formato per le CP e TDD pediatrica.

2.1 HOSPICE PEDIATRICO

Livello: regionale, sovraregionale.

Requisiti Strutturali ed Organizzativi: L'hospice pediatrico è una struttura residenziale alternativa all'ospedale, ad elevata complessità assistenziale, sia da un punto di vista strutturale che organizzativo, ma a dimensione di bambino, con spazi, luoghi arredi adeguati all'età, in un ambiente molto simile a quello in cui vive normalmente una famiglia. È una struttura dove sono rispettate le relazioni (non ci sono orari né restrizioni alla frequentazione) e l'ambiente familiare (si può cucinare, mangiare insieme alla propria famiglia, continuare a vivere secondo i propri tempi e le proprie abitudini). Nella struttura sono accolte le istanze di privacy, di socialità, di promozione dello sviluppo e della qualità della vita del bambino e della sua famiglia. Il tutto in assoluta sicurezza da un punto di vista clinico, senza inficiare gli obiettivi assistenziali/organizzativi che la struttura si propone ed in continuità di cura, di riferimento, di obiettivi e di scelte con i vari referenti della rete regionale. Le caratteristiche strutturali dell'hospice pediatrico devono essere in linea ai bisogni ed alle peculiarità del paziente e della sua situazione ed essere coerente agli obiettivi assistenziali/organizzativi, che la struttura si propone. Rispetto alla normativa vigente a livello nazionale di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2000, nel quale si definiscono i requisiti minimi strutturali e organizzativi dell'hospice dedicato al paziente adulto, per l'hospice pediatrico si puntualizza che:

- l'hospice pediatrico deve essere una struttura indipendente ed autonoma da un punto di vista logistico, organizzativo e gestionale, da altri reparti ospedalieri e/o da strutture residenziali territoriali per bambini o per adulti;
- il posizionamento ideale prevede una sede separata ma vicina ad un centro ospedaliero di riferimento pediatrico con disponibilità di rapido accesso a servizi di diagnosi e terapia anche intensiva. Possibile anche una localizzazione intraospedaliera, dove però vengano rispettati i criteri precedentemente citati di indipendenza ed autonomia logistica, organizzativa e gestionale e i criteri strutturali. Dovrebbe essere localizzata in una area urbana con buoni collegamenti con il resto della città e della regione. Ideale se la sede si colloca in aree con spazi verdi ed ambiente tranquillo;
- l'articolazione funzionale dell'hospice pediatrico dovrà includere le seguenti aree:
 - A) Area funzionale della residenzialità;
 - B) Area funzionale sanitaria assistenziale;
 - C) Area funzionale dei servizi generali di supporto.

Nell'hospice pediatrico lavora personale specificatamente dedicato alle CPP ed alla gestione del dolore nel minore.

Nelle equipe multispecialistiche e multiprofessionali, è necessaria la presenza almeno delle seguenti figure professionali:

1. Medico con specifica formazione ed esperienza in pediatria, CPP e Terapia del Dolore. Le figure indicate sono pediatri e anestesisti esperti in CP e TDD pediatriche.

L'assistenza medica in hospice deve essere continua con presenza attiva durante le ore diurne e in regime di reperibilità durante le ore notturne. L'assistenza medica per i pazienti in carico alla rete deve essere continua (h 24) in regime di reperibilità telefonica e attraverso accessi a domicilio con l'attivazione di tutti i nodi della rete, con la possibilità in casi specifici di consulenza a letto del paziente (domicilio, ospedale).

2. Infermiere che lavora nell'hospice pediatrico, deve essere dedicato a questa attività ed avere una specifica esperienza e formazione. L'assistenza infermieristica in hospice deve essere continua (h24).

3. Psicologo deve avere competenze specifiche nella gestione del paziente pediatrico con dolore e

sulle cure palliative rivolte al minore.

Elementi di qualità sono la disponibilità di ulteriori competenze nella gestione dei pazienti pediatrici multiproblematici, e gestione e organizzazione di servizi per la salute e sociosanitari. In base alle specifiche necessità, devono essere attivabili tutte le consulenze e professionalità necessarie.

Processi: L'hospice pediatrico assicura ricoveri residenziali, ed attività ambulatoriale day hospice o modalità alternative previste dai diversi sistemi regionali.

I destinatari sono:

1. minori di età compresa fra 0-18 anni, con patologia inguaribile eleggibile alle CPP specialistiche:

- dolore e altri sintomi non controllabili che richiedono interventi specialistici a livello residenziale perché non gestibili in maniera adeguata a domicilio;
- problematiche/situazioni cliniche complesse di adattamento/controllo/supervisione di presidi-strumentazioni necessari per il controllo dei sintomi non eseguibili in modo adeguato a domicilio;
- problematiche emozionali e/o sociali, tali da rendere temporaneamente non possibile o non opportuna l'assistenza domiciliare;
- condizioni dolorose complesse che richiedono per diagnosi e terapia interventi specialistici;
- per ricoveri di sollievo;
- per formazione/training dei familiari/care-givers/operatori delle rete di CPP, alla gestione del minore a domicilio.

Esiste un protocollo per l'accesso che definisce le caratteristiche e i criteri di eleggibilità del paziente ed eventuali priorità di ammissione (valutazione multidimensionale). Esiste un protocollo per la gestione delle liste di attesa con criteri esplicitati.

La procedura di accesso/accolgenza comprende un momento di confronto preliminare con il paziente e i famigliari allo scopo di presentare le finalità della struttura, le sue modalità di funzionamento, i servizi disponibili compresa l'eventuale offerta di servizi complementari e integrativi.

Le prestazioni garantite in hospice pediatrico sono:

- Assessment
- Attività clinico-terapeutica assistenziale.
- Attività di formazione/training.
- Attività di programmazione e gestione del caso.

3. STRUTTURE OSPEDALIERE

I centri ospedalieri/reparti ad indirizzo pediatrico di riferimento per le patologie trattate, sono direttamente coinvolti nella presa in carico, sin dalla definizione del piano di assistenza.

Gli ospedali/reparti ad indirizzo pediatrico nell'area del domicilio del minore, hanno compito di supporto alla gestione domiciliare del caso, ad esempio per la diagnostica di laboratorio o per consulenze specialistiche al bisogno e per la gestione dell'emergenza.

L'equipe del reparto ad indirizzo pediatrico acquisisce competenze specifiche nella diagnosi, valutazione e terapia del dolore.

4. ASSISTENZA DI BASE E SPECIALISTICA

Le equipe territoriali partecipano alla stesura ed alla attuazione del piano assistenziale e lavorano in continuità assistenziale con tutta la rete.

Il pediatra di famiglia/MMG è il responsabile clinico del caso, durante la gestione domiciliare dei minori in carico per le Cure Palliative Pediatriche.

In base al programma assistenziale integrato (PAI), vengono attivate le risorse già presenti nella

rete, necessarie per la presa in carico, ivi compresi le unità/servizi di base e specialistici (Unità di Cure Palliative Domiciliari ed altre reti domiciliari pediatriche e non, esistenti sul territorio, purché idonee ad effettuare interventi domiciliari). A livello territoriale di norma si garantisce la fornitura dei materiali/presidi/farmaci necessari per la assistenza a domicilio.

Nella gestione del dolore, le equipe che operano per le risposte a domicilio collaborano con il personale del centro di riferimento, per la presa in carico di minori con dolore che richiede interventi specialistici. Il centro di riferimento supporta i programmi di formazione per aumentare le competenze specifiche di pediatri, MMG ed equipe che operano a domicilio.

5. SERVIZIO DI URGENZA/EMERGENZA 118

I servizi di emergenza/urgenza e 118, vengono informati dei casi presenti sul territorio di loro competenza e condividono con il resto della rete le strategie di trattamento in caso di chiamata di emergenza.

6. ALTRI SERVIZI TERRITORIALI

Tutti i servizi territoriali possono, se necessario essere coinvolti nella rete.

ALLEGATI DI RIFERIMENTO

All. n. 1 Caratteristiche qualificanti il LEA Hospice

Dal Documento della "Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza

Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

Qualità	Complessità	Copertura assistenziale
<p>Presenza di:</p> <p>1. Specifici <i>Protocolli formalizzati</i> per il controllo del dolore e dei sintomi, per la sedazione, per l'alimentazione e l'idratazione, per il nursing.</p> <p>2. <i>Programmi formalizzati:</i></p> <p>a. per l'informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla famiglia;</p> <p>b. l'accompagnamento alla morte e assistenza al lutto;</p> <p>c. per l'audit clinico e il sostegno psico-emotivo all'équipe;</p> <p>d. per la formazione continua del personale.</p> <p>3. Specifici <i>Criteri per il reclutamento e la valutazione periodica del personale.</i></p> <p>4. <i>Accordi formalizzati</i> con i Soggetti erogatori di cure palliative domiciliari accreditati nell'ASL di riferimento, all'interno della rete di cure palliative, a garanzia della continuità del percorso di cura.</p>	<p>Presenza di:</p> <p>una Équipe multidisciplinare e multiprofessionale, composta almeno da:</p> <ul style="list-style-type: none">· medico· infermiere· operatore sociosanitario· fisioterapista· psicologo· assistente sociale· assistente spirituale	<p>Sette giorni su sette</p> <ul style="list-style-type: none">· assistenza medica sulle 24 ore· presenza infermieristica continuativa nelle 24 ore· presenza continuativa di operatori socio-sanitari sulle 24 ore

All. n. 2 Standard qualificanti l'operatività della rete di cure palliative domiciliari

Estratto dal documento della Commissione Nazionale LEA riguardante la caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio

Profilo di cura	Complessità	Copertura assistenziale
Cure Palliative malati terminali	<ul style="list-style-type: none">· Infermiere· Professionisti della Riabilitazione· Dietista· Psicologo· Medico e/o Medico Specialista· Operatore sociosanitario	Sette giorni su sette <ul style="list-style-type: none">· 10 ore die da lunedì a venerdì· 6 ore die sabato e festivi· Pronta disponibilità medica 24 ore

b.5

Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le
regioni e le province autonome di Trento e Bolzano 19 febbraio 2015
Adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie
ESTRATTO Allegato sub A, punto 1.2.3
(Rep. Atti n. 32/CSR)



Presidente del Consiglio dei Ministri

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

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie.

Rep. n. 32/CSE del 19 febbraio 2015

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

Nell'odierna seduta del 19 febbraio 2015:

VISTO l'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003 n. 131, che prevede che il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza unificata, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

Visti gli articoli 8-bis, 8-ter e 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, in materia di accreditamento delle strutture sanitarie;

Visto il Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e province autonome di Trento e di Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private", pubblicato nel S.O. alla Gazzetta Ufficiale n. 42 del 20 febbraio 1997, che definisce le attività di valutazione e miglioramento della qualità in termini metodologici e che prevede, tra i requisiti generali richiesti alle strutture pubbliche e private, che le stesse siano dotate di un insieme di attività e procedure relative alla gestione, valutazione e miglioramento della qualità;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, recante definizione dei livelli essenziali di assistenza, pubblicato nel S.O. alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, n. 33;

Vista l'intesa sancita da questa Conferenza nella seduta del 23 marzo 2005 (Rep. Atti n. 2271), che, all'articolo 9, prevede l'istituzione presso il Ministero della salute del Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e per la verifica della congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione.





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 sancita da questa Conferenza concernente il Patto per la salute 2006-2008 nella seduta del 5 ottobre 2006 (Rep. Atti n. 2648) che, al punto 4.9, prevede che l'integrazione tra erogatori pubblici ed erogatori privati sia ancorata alla prioritaria esigenza di garantire qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione;

Vista l'intesa sancita da questa Conferenza concernente il nuovo il Patto per la salute 2010 - 2012, nella seduta del 3 dicembre 2009 (Rep. Atti n. 243/CSR) che, tra l'altro, all'art. 7, comma 1 prevede, nel rispetto degli obiettivi programmati di finanza pubblica, la stipula di un'intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge n. 131 del 2003 in questa Conferenza, finalizzata a promuovere una revisione normativa in materia di accreditamento;

Visto il regolamento recante il funzionamento del Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, adottato da questa Conferenza nella seduta del 10 febbraio 2011 (Rep. Atti n. 18/CSR) che prevede, all'articolo 1, che il Comitato svolga i compiti che gli sono stati assegnati dalle leggi vigenti, dalle Intese e Accordi stipulati nella sede della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano ed ogni altro compito che si convenga di affidare allo stesso da parte del Ministro della salute;

Visto il decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 35, recante attuazione della direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché della direttiva 2012/52/UE, comportante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro stato membro;

Vista l'intesa sancita da questa Conferenza concernente il documento "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute 2010-2012 (Intesa Rep. Atti n. 2648 del 3-12-09)" sancita nella seduta del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti 259/CSR) che prevede l'istituzione di un sistema di Accreditamento uniforme nazionale;

Visto il decreto del Ministro della salute 6 febbraio 2013 con cui è stato istituito il Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di Accreditamento nazionale, per garantire un adeguato supporto alle regioni ed alle province autonome di Trento e di Bolzano con la finalità dello sviluppo e dell'applicazione del sistema di accreditamento nazionale e delle buone pratiche condivise;

VISTA la lettera del 13 gennaio 2015, con la quale il Ministero della salute ha inviato, ai fini del perfezionamento della prescritta intesa in sede di Conferenza Stato - Regioni, la proposta di intesa indicata in oggetto, che in data 15 gennaio 2015 è stata dramata alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano;





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

CONSIDERATO che, nel corso dell'incontro tecnico svoltosi il 27 gennaio 2015, le Regioni e le Province autonome hanno formulato una serie di richieste emendative recepite nella versione definitiva che il Ministero della salute ha inviato con lettera in data 11 febbraio 2015;

VISTA la nota del 12 febbraio 2015, con la quale l'anzidetta versione definitiva è stata diramata alle Regioni e Province autonome con richiesta di assenso tecnico;

VISTO l'assenso tecnico reso dalla Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta di intesa in oggetto;

SANCISCE INTESA

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome nei termini di seguito riportati:

Considerato che

- il Tavolo di cui al decreto del Ministro della salute 6 febbraio 2013, nelle riunioni del 15 ottobre 2013 e del 16 dicembre 2013, ha condiviso e concertato con i rappresentanti delle regioni e province autonome di Trento e di Bolzano la tempistica degli adempimenti regionali ed aziendali attuativi dell'Intesa del 20 dicembre 2012, nonché i requisiti e le modalità di funzionamento degli "organismi tecnicamente accreditanti", approvando, a tal fine, appositi documenti;
- al fine del perseguimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini individuati con i livelli essenziali di assistenza, l'accreditamento è strumento di garanzia della qualità che mira a promuovere un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell'efficienza e dell'organizzazione;
- il complesso sistema dell'autorizzazione/accreditamento si è sviluppato definendo percorsi normativi differenziati tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, così come rilevato dai documenti tecnici predisposti dall'Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali e che si è determinata la necessità di condividere gli elementi principali del sistema nella loro caratteristiche comuni anche in considerazione dei recenti indirizzi europei;
- con la presente intesa si intende completare il processo di attuazione dell'articolo 7, comma 1, dell'Intesa del 3 dicembre 2009, concernente il Patto per la Salute 2010-2012, che ha previsto, nel rispetto degli obiettivi programmati di finanza pubblica, la stipula di un'Intesa ai sensi dell'art. 6, comma 6, della legge n. 131 del 2003, finalizzata a promuovere una revisione normativa in materia di accreditamento, cui ha fatto seguito l'Intesa sancita da questa Conferenza nella seduta del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti 259/CSFR), concernente il documento





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

- "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento in attuazione dell'art. 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute 2010-2012 (Intesa Rep. Atti n. 2648 del 3-12.09)";

- in particolare, con la presente Intesa si intende definire, sulla base di quanto previsto dai documenti prodotti dal citato Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale, la tempistica degli adempimenti regionali ed aziendali, attuativi della richiamata Intesa del 20 dicembre 2012, concernente il disciplinare sulla revisione della normativa dell'accREDITamento, nonché i requisiti e le modalità di funzionamento degli "organismi tecnicamente accreditati".

SI CONVIENE

sul documento recante "Cronoprogramma adeguamenti della normativa delle Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano inerente i criteri ed i requisiti contenuti nel documento tecnico di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti. n. 256/CSR)", di cui all'Allegato A alla presente Intesa, e sul documento recante "Criteri per il funzionamento degli Organismi "tecnicamente" accreditanti ai sensi della Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012", di cui all'Allegato B alla presente Intesa, nei seguenti termini:

1. le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano si impegnano, in materia di autorizzazione/accreditamento delle strutture sanitarie, a recepire formalmente i contenuti della presente Intesa entro il 31 ottobre 2015, nonché ad uniformarsi ai criteri così come articolati nell'allegato A della presente Intesa, secondo i tempi ivi indicati che decorreranno dal recepimento della presente Intesa;
2. al tavolo di cui al decreto del Ministro della salute 6 febbraio 2013 è demandato il monitoraggio periodico del percorso di adeguamento delle normative delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano, secondo la tempistica contenuta nell'Allegato A della presente Intesa, nonché il supporto alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano nello stesso percorso di adeguamento, eventualmente anche attraverso modalità di affiancamento diretto alle regioni e province autonome che lo richiederanno;
3. le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano adeguano il funzionamento degli "Organismi regionali tecnicamente accreditanti" a quanto previsto nell'Allegato B della presente Intesa, al fine di uniformare il sistema di autorizzazione/accreditamento delle strutture sanitarie a livello nazionale;
4. le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano provvedono all'istituzione dell'organismo tecnicamente accreditante di cui all'Allegato B della presente Intesa, entro il 31 ottobre 2015, ove non già istituito;





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

5. le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano che hanno già provveduto a quanto disposto dai precedenti commi 1 e 4, in piena coerenza con i criteri dell'Intesa del 20 dicembre 2012 Rep. Atti n. 259/CSR, si impegnano a darne formale comunicazione al Ministero della Salute entro il 31 ottobre 2015, anche ai fini delle disposizioni del precedente comma 2, trasmettendo gli atti regionali confermant la presenza nel proprio sistema regionale di accreditamento dei criteri così come articolati negli allegati A e B della presente Intesa.

IL SEGRETARIO
Antonio Nardone



IL PRESIDENTE
Gianclaudio Bressa

Cronoprogramma adeguamenti della normativa delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano inerente i criteri ed i requisiti contenuti nel documento tecnico di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. atti N.259/CSR")

	SCORE	Tempo
Requisiti essenziali di cui all'Intesa del 20 dicembre 2012 rep. Atti n. 259/CSR, di immediato possesso e/o procrastinabili a breve termine rispetto al momento del recepimento della presente Intesa	A	12 MESI
Requisiti essenziali di cui all'Intesa del 20 dicembre 2012 rep. Atti n. 259/CSR, di immediato possesso e/o programmabili a medio termine, rispetto al momento del recepimento della presente Intesa	B	24 MESI

Tempistica condivisa dal Tavolo Tecnico di cui al D.M. 6 febbraio 2013

Requisito	Evidenze	Tempo di adeguamento da parte delle Regioni e Province Autonome	Tempo di adeguamento da parte delle strutture sanitarie	
1° Criterio: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie				
1.1 Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	1.1.1	presenza del Piano Strategico, che contenga obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni sanitarie;	A	A
	1.1.2	presenza del piano annuale delle attività (obiettivi di budget, di attività, di qualità) per ciascuna articolazione organizzativa di assistenza e di supporto;	A	A
	1.1.3	presenza di procedure e indicatori per la verifica degli obiettivi definiti nei piani annuali.	A	A



Requisito		Evidenze	Tempo di adeguamento da parte delle Regioni e Province Autonome	Tempo di adeguamento da parte delle strutture sanitarie
1.2 Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali	1.2.1	realizzazione di reti assistenziali per la gestione dei pazienti in condizioni di emergenza (traumi, ictus, infarto, ecc.)	A	B
	1.2.2	realizzazione di reti assistenziali che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarità) e promozione di modelli di continuità garantendo costate e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture socio-sanitarie;	A	B
	1.2.3	realizzazione di reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico in attuazione della legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore";	A	B
	1.2.4	partecipazione a programmi di realizzazione di reti tra centri regionali, nazionali ed internazionali.	A	B
1.3 definizione delle responsabilità	1.3.1	presenza nella struttura sanitaria di documenti che descrivano i processi e le relative responsabilità clinico-organizzative, contenenti anche le indicazioni per la valutazione dei dirigenti;	A	A
	1.3.2	presenza di una documentabile un'attività di rivalutazione dell'organizzazione, delle responsabilità e del sistema di delega da effettuare periodicamente ed ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura.	A	A



b.6

Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70
Regolamento recante definizione degli standard strutturali,
tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera
ESTRATTO Allegato 1, art. 10. Continuità ospedale-territorio
(GU n. 127 del 4-6-2015)

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 2 aprile 2013, n. 70

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

IL COMITATO CIVILE

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Visto l'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400 sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di presenza e possibilissima di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

Vista la sentenza della Corte costituzionale n. 134 del 2006, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella parte in cui prevede che il regolamento del Ministro della salute va convalidato, con cui sono fissati gli standard e sono individuate le tipologie di assistenza e i servizi, sia adottato "sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano", anziché "previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano";

Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ed in particolare l'articolo 15, comma 13, lettera c), il quale dispone che, sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera fissati con regolamento approvato ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, nonché tenendo conto della mobilità interregionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano, entro il 31 dicembre 2012, provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, secondo i parametri indicati dal medesimo articolo 15, comma 13, lettera c);

Visto l'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, e successive modificazioni, che definisce i Livelli essenziali di assistenza sanitaria garantiti dal Servizio sanitario nazionale;

Ritenuto necessario, per le finalità sopra individuate, anche al fine di garantire la tutela della salute, di cui all'articolo 32 della Costituzione, procedere alla definizione, in modo uniforme per l'intero territorio nazionale, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera;

Dato atto che il Ministero della salute si è avvalso, ai fini della redazione del documento tecnico, di cui all'Allegato 1 al presente regolamento, della collaborazione della Commissione di cui all'articolo 4-bis, comma 10, del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, istituita con decreto del Ministro della salute 12 settembre 2012, e che la Commissione medesima ha discusso la tematica in questione nelle sedute del 2 e del 9 ottobre 2012;

Acquisita l'intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 5 agosto 2014;

Utendo il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla Sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 15 gennaio 2015 che fa seguito al parere interlocutorio del 25 ottobre 2014;

Vista la nota prot. n. 919 del 9 febbraio 2015, con la quale, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, lo schema di regolamento è stato comunicato alla Presidenza del Consiglio dei ministri;

Adotta

il seguente regolamento:

Art. 1.

Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

1. Gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza ospedaliera sono individuati nell'Allegato 1 che costituisce parte integrante del presente decreto.

— 1 —



9.2.5 Rapporti con il Servizio di Continuità Assistenziale

La razionalizzazione deve opportunamente interessare anche l'organizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale.

Dovranno essere messe a disposizione della continuità assistenziale le dotazioni tecnologiche delle centrali operative e l'integrazione con i medici di medicina generale, con indiscutibili benefici in termini di ottimizzazione degli interventi, monitoraggio delle attività e riduzione dei tempi di attesa dell'utenza. Altri elementi di razionalizzazione provengono da una più corretta distribuzione delle postazioni di Continuità Assistenziale che dovrà essere definita a livello regionale con adeguato dimensionamento in rapporto all'attività attesa e alla distribuzione territoriale.

Ulteriori indicazioni di programmazione potranno essere fornite dal sistema di acquisizione dei dati, previsto dal D.M. 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza".

Il servizio di continuità assistenziale viene organizzato anche tenendo conto di quanto previsto dall'art. 1 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

10. Continuità ospedale-territorio

La riorganizzazione della rete ospedaliera cui è finalizzato il presente provvedimento sarà insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero, se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema del potenziamento delle strutture territoriali, la cui carenza, o la mancata organizzazione in rete, ha forti ripercussioni sull'attività appropriata dell'ospedale. L'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere, riveste infatti un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale. Relativamente ai primi, è evidente il ruolo di filtro che le strutture territoriali svolgono nel contenimento dei ricoveri ospedalieri inappropriati; per quanto riguarda i flussi in uscita assumono primaria importanza meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette o l'utilizzo delle stesse strutture sanitarie a valenza territoriale, in grado di assicurare l'opportuna continuità di assistenza. Al riguardo va promosso il collegamento dell'ospedale ad una centrale della continuità o altra strutture equivalente posta sul territorio di riferimento per la dimissione protetta e la presa in carico post ricovero, nonché la promozione della medicina di iniziativa o della Farmacia dei servizi, quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva della cronicità, così come previsto dal nuovo patto per la salute 2014-2016. In attuazione della legge n.38/2010 e per il completamento della legge n. 39/1999, al fine di assicurare lo sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica, le Regioni completano l'attivazione degli hospice, di cui alla lett. c) dell'art. 2, comma 1, legge 15 marzo 2010, n. 38 e assicurano sul territorio l'accesso alle cure palliative domiciliari specialistiche.

Le iniziative di continuità ospedale territorio possono, pertanto, identificarsi nei programmi di dimissione protetta o assistita, in particolare per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta, nelle disponibilità di strutture intermedie con varie funzioni, nei servizi di gestione della fase acuta a domicilio mediante gruppi multidisciplinari, nei programmi di ospedalizzazione domiciliare per particolari ambiti patologici, nei centri di comunità/polisambulatori, nelle strutture di ricovero nel territorio gestite dai Medici di Medicina Generale (MMG).

Per strutture Intermedia, omnicomprensiva della qualsivoglia tipologia o "provenienza" del paziente, si intende una struttura sanitaria a valenza territoriale, anche basata su modalità diversificate, di ricovero e di assistenza idonea ad ospitare:

- pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali è necessario:
 - consolidare le condizioni fisiche;
 - continuare il processo di recupero funzionale



- accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-recupero
- pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richiede un ambiente protetto per attuare/proteggere le proprie terapie al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera

Per lo sviluppo di questi percorsi è necessario favorire l'implementazione di forme di lavoro multidisciplinare, attraverso la predisposizione di specifici strumenti (quali i sistemi informativi), l'organizzazione di gruppi di lavoro o l'attuazione di progetti per consolidare il circuito locale di relazione tra professionisti.

Le regioni, al fine di agevolare il processo di ridefinizione della rete ospedaliera devono procedere contestualmente al riassetto dell'assistenza primaria, dell'assistenza domiciliare e di quella residenziale, in coerenza con quanto previsto dal vigente quadro normativo in materia di livelli essenziali di assistenza e con gli obiettivi economico-finanziari nazionali fissati per il Servizio sanitario nazionale.

In questa sede ci si limita a fornire indicazioni solo relativamente alle strutture intermedie che possono essere di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera con particolare riferimento ai cosiddetti Ospedali di Comunità.

10.1 Ospedale di comunità

È una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestita da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al direttore che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

Prende in carico pazienti che necessitano:

- di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare)
- di sorveglianza infermieristica continuativa

La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni.

L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso.

L'assistenza sarà garantita sulle 24 ore dal personale infermieristico ed addebiato all'assistenza, dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale.

La sede fisica dell'ospedale di comunità potrà essere opportunamente allucata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali.



b.7

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017
Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA)
SINTESI ED ESTRATTO Articoli n. 15, n.21, n.22, n.23, n.31 e n.38
(GU n. 65 del 18-3-2017, SO n.15)

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 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.
(GU Serie Generale n. 65 del 18 marzo 2017 - Suppl. Ordinario n.15)

SINTESI

Nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) gli articoli riguardanti le Cure palliative e la Terapia del dolore sono:

art. 15 "Assistenza specialistica ambulatoriale" e **allegato 4 "Nomenclatore della specialistica ambulatoriale"**, che prevede le prime visite multidisciplinari per le cure palliative inclusa la stesura del PAI e le visite di controllo inclusa la rivalutazione del PAI.

art. 21 Percorsi assistenziali integrati: è garantito l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona, la valutazione multidimensionale (VMD) dei bisogni sotto il profilo clinico, funzionale e sociale con la definizione dei bisogni terapeutici-riabilitativi ed assistenziali nel progetto assistenziale individuale (PAI). Una novità importante l'approccio per percorso, 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 e si allargano alle fasi precoci della malattia inguaribile ad evoluzione sfavorevole.

art. 23 "Cure palliative domiciliari": sono erogate dalle strutture UCP (Unità di Cure Palliative) e non più nell'ambito dell'ADI: sono le UCP che erogano sia le cure palliative di base che quelle specialistiche con ciò garantendo l'unitarietà e l'integrazione dei percorsi di cura con un'equipe curante di riferimento sul percorso e non sul setting assistenziale. Viene garantita la specificità specialistica delle cure palliative non più inquadrato nel contenitore indifferenziato delle cure domiciliari rivolte alla non autosufficienza e alle fragilità che non richiedono un approccio palliativo. Il coordinamento delle cure viene puntualmente caratterizzato (comma 3 art.21, comm1 1-a e 1-b art.23) con ciò contribuendo a chiarire la responsabilità del rapporto di cura.

art. 31 "Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita": Centri specialistici di Cure palliative – Hospice: garantiscono in ambito territoriale l'assistenza ai malati nella fase terminale della vita.

art.38"Ricoveroordinario per acuti", comma 2: 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.

DECRETI PRESIDENZIALI

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 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 PRESIDENTE
DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Vista il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, con particolare riferimento all'art. 1, commi 1, 2, 3, 7 e 8;

Vista il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, recante «Definizione dei livelli essenziali di assistenza» pubblicato nel Supplemento ordinario n. 26 alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, e successive modificazioni;

Vista la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, adottata a New York il 13 dicembre 2006, ratificata e resa esecutiva con la legge 3 marzo 2009, n. 18;

Vista la legge 15 marzo 2010, n. 38, recante «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore»;

Vista la legge 18 agosto 2015, n. 134, recante «Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie» e, in particolare, l'art. 1, comma 1, che prevede l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, con l'inserimento, per quanto attiene ai disturbi dello spettro autistico, delle prestazioni della diagnosi precoce, della cura e del trattamento individualizzato, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche disponibili;

Vista l'art. 1, comma 553, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)» con cui si dispone che, in attuazione dell'art. 1, comma 3, del Piano per la salute 2014/2016, approvato con l'intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 1, comma 556, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, e dall'art. 9-terp del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, e in misura non superiore a 800 milioni di euro annui, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della stessa legge si provvede all'aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, recante «Definizione dei livelli essenziali di assistenza», nel rispetto degli equilibri programmati della finanza pubblica;

Vista l'art. 1, comma 554, della citata legge 28 dicembre 2015, n. 208 con cui si dispone che la definizione e l'aggiornamento dei LEA è di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono effe-

tuate con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari;

Vista l'art. 1, comma 559, della stessa legge 28 dicembre 2015, n. 208 secondo il quale se la proposta attiene esclusivamente alla modifica degli elenchi di prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale, ovvero alla individuazione di misure volte ad incrementare l'appropriatezza della loro erogazione o la sua approvazione non comporta ulteriori oneri a carico della finanza pubblica, l'aggiornamento dei LEA è effettuato con decreto del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previo parere delle 2 competenti Commissioni parlamentari, da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale previa registrazione della Corte dei conti;

Vista l'art. 6, comma 3, del decreto legge 30 dicembre 2015, n. 210, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 febbraio 2016, n. 21, che ha sostituito il comma 16 dell'art. 15 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, disponendo che le tariffe massime vigenti delle strutture che erogano assistenza ambulatoriale, nonché le tariffe delle prestazioni relative all'assistenza protesica di cui all'art. 7, comma 300, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, costituiscono riferimento, fino alla data del 30 settembre 2016, per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale, quali principi di coordinamento della finanza pubblica e che le tariffe massime vigenti delle strutture che erogano assistenza ospedaliera costituiscono riferimento, fino alla data del 31 dicembre 2016, per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale, quali principi di coordinamento della finanza pubblica;

Vista la legge 19 agosto 2016, n. 167, recante «Disposizioni in materia di accertamenti diagnostici necessari obbligatori per la prevenzione e la cura delle malattie metaboliche ereditarie»;

Ritenuto, pertanto, che le nuove tariffe che saranno definite rispettivamente entro il 30 settembre 2016 ed entro il 31 dicembre 2016, debbano essere determinate in coerenza con il livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato;

Acquisito il parere delle competenti Commissioni parlamentari della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica, sono in data 14 dicembre 2016;

Vista l'intesa sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, uscita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 7 settembre 2016 (Rep. Att. n. 157/CSH);



Decreto

Capo I

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Art. 1.

Oggetto

1. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche e in coerenza con i principi e i criteri indicati dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833 e dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni, i seguenti livelli essenziali di assistenza:

- a) Prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- b) Assistenza distrettuale;
- c) Assistenza ospedaliera.

2. I livelli essenziali di assistenza di cui al comma 1 si articolano nelle attività, servizi e prestazioni individuati dal presente decreto e dagli allegati che ne costituiscono parte integrante.

Capo II

PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA

Art. 2.

Aree di attività della prevenzione collettiva e sanità pubblica

1. Nell'ambito della Prevenzione collettiva e sanità pubblica, il Servizio sanitario nazionale garantisce, attraverso i propri servizi nonché avvalendosi dei medici ed i pediatri convenzionati, le seguenti attività:

- a) sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- b) tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- c) sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- d) salute animale e igiene urbana veterinaria;
- e) sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- f) sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- g) attività medico legali per finalità pubbliche.

2. Nell'ambito delle attività di cui al comma 1, il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni indicate nell'allegato 1 al presente decreto.

Capo III

ASSISTENZA DISTRETTUALE

Art. 3.

Aree di attività dell'assistenza distrettuale

1. Il livello dell'assistenza distrettuale si articola nelle seguenti aree di attività:

- a) assistenza sanitaria di base;
- b) emergenza sanitaria territoriale;
- c) assistenza farmaceutica;
- d) assistenza integrativa;
- e) assistenza specialistica ambulatoriale;
- f) assistenza protesica;
- g) assistenza termale;
- h) assistenza socioassistenziale domiciliare e territoriale;
- l) assistenza socioassistenziale residenziale e semi-residenziale.

Art. 4.

Assistenza sanitaria di base

1. Nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base, il Servizio sanitario nazionale garantisce, attraverso i propri servizi ed attraverso i medici ed i pediatri convenzionati, la gestione ambulatoriale e domiciliare delle patologie acute e croniche secondo la migliore pratica ed in accordo con il malato, inclusi gli interventi e le azioni di promozione e di tutela globale della salute.

2. Il Servizio sanitario nazionale garantisce in particolare le seguenti attività e prestazioni:

- a) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e la sensibilizzazione sulle tematiche attinenti l'adozione di comportamenti e stili di vita positivi per la salute;
- b) l'informazione ai cittadini sui servizi e le prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale e regionale e sul loro corretto uso, incluso il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie ed il regime delle esenzioni;
- c) l'educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari, il counselling per la gestione della malattia o della disabilità e la prevenzione delle complicanze;
- d) l'attivazione di percorsi assistenziali a favore del bambino, che prevedano la presa in carico entro il primo mese di vita, in collaborazione con le strutture consultoriali ed ospedaliere, e a favore dell'adulto, anche attraverso la valutazione multidimensionale e la tenuta della scheda sanitaria, il controllo con lo specialista e la continuità assistenziale nella fase dell'accesso al ricovero ospedaliero, della degenza e in quella successiva alla dimissione, con particolare riguardo alle patologie ad andamento cronico ed evolutivo;
- e) il controllo dello sviluppo fisico, psichico e sensoriale del bambino e la ricerca di fattori di rischio, con particolare riguardo alla individuazione precoce dei sospetti handicap neuro-sensoriali o psichici ed alla individuazione precoce di problematiche anche socio-ambientali;



di le visite ambulatoriali e domiciliari a scopo preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo;

g) la prescrizione di medicinali inclusi nel prospetto terapeutico nazionale, la prescrizione di prestazioni specifiche incluse nel Nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale, la proposta di prestazioni di assistenza integrativa, la proposta di ricovero e la proposta di cure termali.

h) le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie previste dalla normativa nazionale e dalla normativa regionale applicativa;

i) l'esecuzione degli interventi previsti dalla normativa nazionale e dalla normativa regionale applicativa;

j) l'assistenza domiciliare programmata alle persone con impossibilità a raggiungere lo studio del medico perché non deambulanti, e con gravi limitazioni funzionali o non trasportabili con mezzi comuni, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa ed in collegamento, se necessario, con l'assistenza sociale;

k) le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori, nonché ai fini dell'iscrizione dal lavoro del genitore a regime di malattia del bambino;

l) la certificazione di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al decreto del Ministro della sanità del 24 aprile 2013 e successive modifiche e integrazioni, art. 3, lettera a) e c) nell'ambito scolastico, a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica competente;

m) la certificazione per l'occupabilità temporanea al lavoro;

n) la certificazione per la riammissione al lavoro, laddove prevista;

o) le vaccinazioni obbligatorie e le vaccinazioni raccomandate alla popolazione a rischio;

p) l'osservazione e la rilevazione di reazioni indeterminate post-vaccinali.

Art. 5.

Continuità assistenziale

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana. Le attività sanitarie organizzano le attività sanitarie per assicurare l'erogazione, nelle ore serali e notturne e nei giorni festivi, delle prestazioni assistenziali non differibili.

Art. 6.

Assistenza ai turisti

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce nelle località a forte afflusso turistico individuate sulla base di apposite determinazioni regionali, l'assistenza sanitaria di base rivolta agli assistiti con residenza nella regione stessa, dietro pagamento della tariffa fissata dalla normativa regionale.

Art. 7.

Emergenza sanitaria territoriale

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce, in situazioni di emergenza urgente in ambito territoriale comunitario, interventi sanitari tempestivi e finalizzati alla stabilizzazione del paziente, assicurando il trasporto in condizioni di sicurezza al presidio ospedaliero più appropriato. Il coordinamento e la gestione dell'attività di emergenza territoriale sono effettuati dalle Centrali operative 118, nell'arco delle 24 ore.

2. In particolare, sono garantiti:

a) gli interventi sanitari mediante mezzi di soccorso di base e avanzato, terrestri e aerei, con personale sanitario adeguatamente formato;

b) i trasporti sanitari secondari assistiti e non assistiti;

c) le attività assistenziali e organizzative in occasione di massonergetie, eventi a rischio nucleare, biologico, chimico e radiologico (NRCR);

d) le attività assistenziali in occasione di eventi a manifestazioni programmati, con le modalità fissate dalle regioni e province autonome.

3. L'attività di emergenza sanitaria territoriale è svolta in modo integrato con le attività di emergenza intracomunitaria assicurate nei PS-DEA e con le attività effettuate nell'ambito dell'Assistenza sanitaria di base e Continuità assistenziale.

Art. 8.

Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce attraverso le farmacie convenzionate la fornitura dei medicinali appartenenti alla classe ai di cui all'art. 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1991, n. 337, in cui erogazione non sia affidata direttamente alle strutture sanitarie regionali. Limitatamente ai medicinali aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosaggio unitario uguali, la fornitura attraverso le farmacie è assicurata fino alla concorrenza del prezzo più basso fra quelli dei farmaci disponibili nel normale ciclo distributivo regionale; se per tale tipologia di medicinali l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) ha fissato il prezzo massimo di rimborso ai sensi dell'art. 11 del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 127 e tale prezzo è inferiore al più basso dei prezzi dei medicinali considerati, la fornitura attraverso la farmacia è assicurata fino a concorrenza del prezzo massimo di rimborso.

2. Attraverso le moderne farmacie sono inoltre assicurati i nuovi servizi individuati dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'art. 11, comma 1, della legge 18 giugno 2009, n. 69, nel rispetto di quanto previsto dai piani regionali socio-sanitari e nel limite delle risorse rese disponibili in attuazione del citato art. 11, comma 1, lettera c).



Art. 9.

Assistenza farmaceutica erogata attraverso i servizi territoriali e ospedalieri

1. Ai sensi dell'art. 8, comma 1, del decreto-legge 18 settembre 2003, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2003, n. 485, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano garantiscono attraverso i propri servizi territoriali e ospedalieri i medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale nonché i farmaci per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali.

2. Il Servizio sanitario nazionale garantisce altresì:

a) qualora non esista valida alternativa terapeutica, i medicinali innovativi la cui commercializzazione è autorizzata in altri Stati ma non sul territorio nazionale; i medicinali non ancora autorizzati per i quali siano disponibili almeno dati favorevoli di sperimentazioni cliniche di fase seconda e i medicinali da impiegare per un'indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata, qualora per tale indicazione siano disponibili almeno dati favorevoli di sperimentazione clinica di fase seconda, inseriti in un elenco predisposto e periodicamente aggiornato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), conformemente alle procedure ed ai criteri adottati dalla stessa;

b) i medicinali utilizzabili per un'indicazione diversa da quella autorizzata, alle condizioni previste dall'art. 1, comma 4-ter del decreto legge 21 ottobre 1996, n. 526, convertito con modificazioni dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648.

Art. 10.

Assistenza integrata

1. Nell'ambito dell'assistenza integrata il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni che comportano l'erogazione dei dispositivi medici monouso, dei presidi per diabetici e dei presidi destinati a un'alimentazione particolare nei limiti e con le modalità di cui agli articoli 11, 12, 13 e 14.

Art. 11.

Erogazione di dispositivi medici monouso

1. Agli assistiti tracheostomizzati, ileostomizzati, colostomizzati e trasustomizzati, agli assistiti che necessitano permanentemente di cateterismi, agli assistiti affetti da gravi incontinenze urinarie o fecali croniche, e agli assistiti affetti da patologia cronica grave che obbliga all'alimentamento, sono garantite le prestazioni che comportano l'erogazione dei dispositivi medici monouso di cui al nomenclatore allegato 2 al presente decreto. La condizione

di avere diritto alle prestazioni è certificata dal medico specialista del Servizio sanitario nazionale, dipendente o convenzionato, competente per la specifica menomazione o disabilità.

2. Le prestazioni che comportano l'erogazione dei dispositivi medici monouso di cui al nomenclatore allegato 2 al presente decreto, sono erogate su prescrizione del medico specialista effettuata sul ricettario standardizzato del Servizio sanitario nazionale. È fatta salva la possibilità per le regioni e per le province autonome di individuare le modalità con le quali la prescrizione è consentita ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta ed ai medici dei servizi territoriali. I prodotti per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito sono prescritti dal medico nell'ambito di un piano di trattamento di durata definita, eventualmente rinnovabile, predisposto dallo stesso medico; il medico prescrittore è responsabile della conduzione del piano.

Art. 12.

Modalità di erogazione dei dispositivi medici monouso

1. Le modalità di erogazione dei dispositivi medici monouso sono definite nell'allegato 11.

Art. 13.

Erogazione di presidi per persone affette da malattia diabetica o da malattie rare

1. Agli assistiti affetti da malattia diabetica o dalle malattie rare di cui all'articolo 3 al presente decreto, sono garantite le prestazioni che comportano l'erogazione dei presidi indicati nel nomenclatore di cui al medesimo allegato 3.

2. Le regioni e le province autonome disciplinano le modalità di accertamento del diritto alle prestazioni, le modalità di fornitura dei prodotti e i quantitativi massimi consentibili sulla base del fabbisogno determinato in funzione del livello di gravità della malattia, assicurando l'adempimento agli obblighi di cui all'art. 59 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni.

Art. 14.

Erogazione di presidi alimentari

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni che comportano l'erogazione di alimenti e fasi medici speciali alle persone affette da malattie metaboliche congenite e da fibrosi cistica. Le patologie sono accertate e certificate dai centri di riferimento a tal fine identificati dalle regioni e dalle province autonome.

2. Il Servizio sanitario nazionale garantisce altresì ai nati da madri sieropositive per HIV, fino al compimento del sesto mese di età, l'erogazione dei sostituti del latte

— 4 —



materno e alle persone affette da celiachia l'erogazione degli alimenti senza glutine specificamente formulati per celiaci o per persone intolleranti al glutine.

3. I prodotti erogabili alle persone di cui al comma 1 sono elencati nel Registro nazionale istituito presso il Ministero della salute ai sensi dell'art. 7 del decreto ministeriale 8 giugno 2009. Ai soggetti affetti da celiachia l'erogazione dei prodotti senza glutine è garantita nei limiti dei tetti massimi di spesa mensile fissati dal ministero Ministero della salute.

4. Le regioni e le province autonome provvedono alla fornitura gratuita dei prodotti dietetici a favore delle persone affette da nefropatia cronica nonché dei preparati adatti a favore delle persone con grave dislagnia affette malattie neuro-degenerative, nei limiti e con le modalità fissate dalle stesse regioni e le province autonome.

5. Le regioni e le province autonome disciplinano le modalità di erogazione delle prestazioni di cui al presente articolo, assicurando l'adempimento agli obblighi di cui all'art. 50 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni.

Art. 15

Assistenza specialistica ambulatoriale

1. Nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni elencate nel nomenclatore di cui all'allegato 4 al presente decreto. L'erogazione della prestazione è subordinata all'indicazione sulla ricetta o sospetto diagnostico formulato dal medico prescrittore.

2. Il nomenclatore riporta, per ciascuna prestazione, il codice identificativo, la definizione, eventuali modalità di erogazione in relazione ai requisiti necessari a garantire la sicurezza del paziente, eventuali note riferite a condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriata prescrizione. L'elenco delle note e delle corrispondenti condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriata prescrizione è contenuto nell'allegato 4B.

3. Al solo fine di consentire l'applicazione delle disposizioni legislative relative ai limiti di prescrivibilità delle prestazioni per nota e di partecipazione al costo da parte dei cittadini, il nomenclatore riporta altresì le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale raggruppate per branche specialistiche.

4. Le regioni e le province autonome disciplinano le modalità di erogazione delle prestazioni di cui al presente articolo, assicurando l'adempimento agli obblighi di cui all'art. 50 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni.

5. Sono erogati in forma ambulatoriale organizzata i pacchetti di prestazioni orientati a finalità diagnostiche o terapeutiche, individuati con le modalità indicate dall'art. 5, comma 20 dell'Intesa tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 30 luglio 2014 concernente il Nuovo Patto per la salute per gli anni 2014/2016, nel rispetto delle discipline in materia di partecipazione alla spesa sanitaria.

Art. 16

Condizioni e limiti di erogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

1. Le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per le quali sono indicate note corrispondenti a specifiche condizioni di erogabilità riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni) al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi, sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale limitatamente ai casi in cui sussistono le medesime condizioni risultanti dal numero della nota e dal quadro clinico o dal sospetto diagnostico riportati sulla ricetta dal medico prescrittore.

2. Le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per le quali sono indicate specifiche indicazioni di appropriata prescrizione riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni) al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi, sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale a seguito di una autonoma e responsabile valutazione del medico circa la loro utilità nel singolo caso clinico. Ferma restando l'obbligo del medico prescrittore di riportare il solo sospetto o sospetto diagnostico sulla ricetta.

3. Le prestazioni ambulatoriali di dermatologia onco sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale limitatamente ai soggetti che presentano le condizioni definite nell'allegato 4A al presente decreto.

4. Le prestazioni ambulatoriali di chirurgia refrattiva sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale limitatamente ai soggetti che presentano le condizioni definite nell'allegato 4B al presente decreto.

5. Le prestazioni ambulatoriali di assistenza oftalmologica sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale limitatamente ai soggetti indicati nelle note corrispondenti a ciascuna prestazione, sulla base dei criteri generali riportati nell'allegato 4C al presente decreto.

6. Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con patologia diabetica le prestazioni specialistiche ambulatoriali di assistenza podologica incluse nel nomenclatore di cui all'allegato 4.

Art. 17

Assistenza protesica

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone di cui all'art. 15 le prestazioni sanitarie che comportano l'erogazione di protesi, ortesi ed ausili tecnologici nell'ambito di un piano riabilitativo-assistenziale volto alla prevenzione, alla correzione o alla compensazione di menomazioni o disabilità funzionali conseguenti a patologie o lesioni, di potenziamento delle abilità residue, nonché alla promozione dell'autonomia dell'assistito.



2. Il nomenclatore di cui all'allegato 5 contiene gli elenchi delle prestazioni e delle tipologie di dispositivi, inclusi i dispositivi protesici, temporanei e di riserva di cui all'art. 18, commi 2 e 3, erogabili dal Servizio sanitario nazionale. Il nomenclatore riporta, per ciascuna prestazione o tipologia di dispositivo, il codice identificativo, la definizione, la descrizione delle caratteristiche principali, eventuali condizioni o limiti di erogabilità, eventuali indicazioni cliniche prioritario volte a migliorare l'appropriatezza della prestazione. Le prestazioni e i dispositivi sono erogabili nei limiti e secondo le indicazioni cliniche e d'uso riportate nel nomenclatore.

3. Il nomenclatore contiene:

a) le protesi e le ortesi continue o allestite su misura da un professionista abilitato all'esercizio della specifica professione sanitaria o arte sanitaria ausiliaria, gli aggiuntivi e le prestazioni di manutenzione, riparazione, adattamento o sostituzione di componenti di ciascuna protesi o ortesi. Il dispositivo e le prestazioni di cui alla presente lettera sono indicati nell'elenco 1;

b) gli ausili tecnologici di fabbricazione continua e di serie, indicati nell'elenco 2A, che, a garanzia della corretta utilizzazione da parte dell'assistito in condizioni di sicurezza, devono essere applicati dal professionista sanitario abilitato;

c) gli ausili tecnologici di fabbricazione continua e di serie, privi per l'uso, che non richiedono l'applicazione da parte del professionista sanitario abilitato, indicati nell'elenco 2B.

4. Nel caso in cui risulti necessario l'adattamento o la personalizzazione di un ausilio di serie, la prestazione è prevista dal medico specialista ed erogata, a cura dei soggetti aggiudicatari delle procedure pubbliche di acquisto degli ausili, da professionisti abilitati all'esercizio della professione sanitaria o arte sanitaria ausiliaria, nel rispetto dei compiti individuati dal rispettivo profilo professionale.

5. Qualora l'assistito, al fine di soddisfare specifiche, apprezzabili, necessità derivanti dallo stile di vita o dal contesto ambientale, relazionale o sociale richiesta, in accordo con il medico, un dispositivo appartenente a una delle tipologie descritte negli elenchi allegati, con caratteristiche strutturali o funzionali o estetiche non indicate nella descrizione, il medico effettua la prescrizione riportando le motivazioni della richiesta, indicando il codice della tipologia cui il dispositivo appartiene e informando l'assistito sulle sue caratteristiche e funzionalità riabilitativo-assistenziali. L'azienda sanitaria locale di competenza autorizza la fornitura. L'eventuale differenza tra la tariffa o il prezzo assunto a carico dell'azienda sanitaria locale per il corrispondente dispositivo incluso negli elenchi ed il prezzo del dispositivo fornito rimane a carico dell'assistito, purché, rimane a carico dell'assistito l'assure di tutte le prestazioni professionali correlate alle modifiche richieste o alle caratteristiche peculiari del dispositivo fornito.

Art. 18

Protezioni della prestazione di assistenza protesica

1. Hanno diritto alle prestazioni di assistenza protesica che comportano l'erogazione dei dispositivi contenuti nell'allegato 5 al presente decreto gli assistiti di seguito indicati, in considerazione alle menomazioni e disabilità specificate:

a) le persone con invalidità civile, di guerra e per servizio, le persone con lesioni totali o parziali o invalidanti gravi ai sensi della legge 3 aprile 2001, n. 138 e le persone sottile di cui all'art. 1, comma 2, della legge 17 marzo 1999, n. 48, in relazione alle menomazioni accertate dalle competenti commissioni mediche;

b) i minori di anni 18 che necessitano di un intervento di prevenzione, cura o stabilizzazione di un'invalidità grave e permanente;

c) le persone di cui alla lettera a) affette da graviissime patologie evolutive o degenerative che hanno determinato menomazioni permanenti idonee in epoca successiva al riconoscimento dell'invalidità, in relazione alle medesime menomazioni, accertate dal medico specialista;

d) le persone che hanno presentato istanza di riconoscimento dell'invalidità cui siano state accertate, dalle competenti commissioni mediche, menomazioni che, singolarmente, per natura o insorgenza, comportano una riduzione della capacità lavorativa superiore ad un terzo, in relazione alle medesime menomazioni risultanti dai verbali di cui all'art. 1, comma 7, della legge 15 ottobre 1998, n. 295;

e) le persone in attesa di accertamento dell'invalidità per i quali il medico specialista prescriveva altresì la necessità e urgenza di una protesi, di un ortesi o di un ausilio per la temporanea attivazione di un piano riabilitativo-assistenziale, in relazione alle menomazioni verificate ai fini del riconoscimento dell'invalidità;

f) le persone ricoverate in una struttura sanitaria accreditata, pubblica o privata, per le quali il medico responsabile dell'unità operativa certifica la presenza di una menomazione grave e permanente e la necessità e l'urgenza dell'applicazione di una protesi, di un ortesi o di un ausilio prima della dimissione, per l'attivazione temporanea o la conduzione del piano riabilitativo-assistenziale. Comunque, alla fornitura della protesi o dell'ortesi deve essere avviata la procedura per il riconoscimento dell'invalidità;

g) le persone amputate di arto, le donne con malformazione congenita che comporti l'assenza di una o di entrambe le mammelle o della sola ghiandola mammaria ovvero che abbiano subito un intervento di mastectomia e le persone che abbiano subito un intervento demolitivo dell'occhio, in relazione alle suddette menomazioni;

h) le persone affette da una malattia rara di cui all'allegato 7 al presente decreto, in relazione alle menomazioni correlate alla malattia.

2. Hanno diritto ai dispositivi protesici e temporanei le donne con malformazione congenita che comporti l'assenza di una o di entrambe le mammelle o della sola ghiandola mammaria ovvero che abbiano subito un intervento di mastectomia, le persone con eruzione del bulbo oculare. Le persone con amputazione di arto hanno diritto al dispositivo protesico in alternativa al dispositivo temporaneo.



3. Le regioni e le province autonome o le aziende sanitarie locali possono fornire dispositivi di serie di cui all'elenco 2B dell'allegato 5 alle persone con grave disabilità inamovibile, assistite in regime di ospedalizzazione domiciliare, di demenza protetta o di assistenza domiciliare integrata, su prescrizione dello specialista, per un periodo massimo di 60 giorni, eventualmente prorogabile, nei casi in cui le medesime regioni o aziende sanitarie locali abbiano attivato servizi di riabilito dei seduti dispositivi.

4. Qualora i dispositivi siano prescritti, per motivi di necessità e urgenza, nel corso di ricovero presso strutture sanitarie accreditate, pubbliche o private, ubicate fuori del territorio della azienda sanitaria locale di residenza dell'assistito, la prescrizione è inoltrata dalla unità operativa di ricovero all'azienda sanitaria locale di residenza, che rilascia l'autorizzazione temporanea, anche per via telematica. Limitatamente ai dispositivi inclusi nell'elenco 1 dell'allegato 5, in caso di assenza dell'azienda sanitaria locale, trascorsi cinque giorni dal ricevimento della prescrizione, l'autorizzazione è introdotta in concessa. In caso di autorizzazione tacita o corrispettiva rinunciata al fornitore e pari alla tariffa o al prezzo fissati dalla regione di residenza dell'assistito.

5. L'azienda sanitaria locale può autorizzare la fornitura di una protesi di riserva per la protesi con amputazione di arto. Nei confronti di altri soggetti per i quali la mancanza del dispositivo impedisce lo svolgimento delle attività essenziali della vita, l'azienda sanitaria locale è tenuta a provvedere immediatamente alla sua eventuale riparazione o sostituzione.

6. Agli invalidi del lavoro, i dispositivi previsti ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, sono erogati dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) con spesa a carico dell'Istituto, secondo le indicazioni e le modalità stabilite dall'Istituto stesso.

7. Sono fatti salvi i benefici già previsti dalle norme in vigore in favore degli invalidi di guerra e categorie assimilata.

8. In casi eccezionali, per i soggetti affetti da gravissima disabilità, le aziende sanitarie locali possono garantire l'erogazione di protesi, ortesi o ausili non appartenenti ad una delle tipologie riportate nel nomenclatore allegato, nel rispetto delle procedure fissate dalla regione e sulla base di criteri e linee guida.

9. I dispositivi inclusi nell'allegato 5 sono ceduti in proprietà all'assistito, fatta salva la facoltà delle regioni e delle province autonome di disciplinare modalità di erogazione in comodato dei dispositivi di serie di cui agli elenchi 2A e 2B dell'allegato 5 per i quali le regioni, le province autonome o le aziende hanno attivato servizi di riabilito dei dispositivi stessi. L'assistito è responsabile della custodia e della buona tenuta della protesi, dell'ortesi o dell'ausilio tecnologico.

10. L'azienda sanitaria locale autorizza la fornitura di nuovi dispositivi inclusi nell'elenco 1 dell'allegato 5, in favore dei propri assistiti di età superiore a 18 anni, quando siano trascorsi i tempi minimi di rinnovo riportati, per ciascuna classe, nel medesimo elenco e in ogni caso quando sussistano le condizioni di cui alle lettere *az* e *bi*

e con le procedure ivi indicate. Per i dispositivi per i quali non sono indicati tempi minimi di rinnovo si applicano le previsioni di cui alle lettere *az* e *bi*. Per i dispositivi forniti agli assistiti di età inferiore a 18 anni, non si applicano i tempi minimi di rinnovo e l'azienda sanitaria locale autorizza le sostituzioni o modificazioni dei dispositivi erogati in base ai controlli clinici prescritti e secondo il piano riabilitativo-assistenziale. La fornitura di nuovi dispositivi può essere autorizzata nei casi di:

ai particolari necessità terapeutiche o riabilitative o modifica dello stato psico-fisico dell'assistito, sulla base di una dettagliata relazione del medico prescrittore allegata alla prescrizione che attesti, con adeguata motivazione, l'inadeguatezza dell'ausilio in uso e la necessità del rinnovo per il mantenimento delle autonomie della persona nel suo contesto di vita;

av rottura accidentale o intesa, non attribuibile all'uso improprio del dispositivo, a grave infortunio o a delitto, cui consegue l'impossibilità tecnica o la non convenienza della riparazione ovvero la non perfetta funzionalità del dispositivo riparato, valutata dall'azienda sanitaria locale anche con l'ausilio di tecnici di fiducia.

Art. 19

Modalità di erogazione dell'assistenza protesica

1. Le modalità di erogazione dell'assistenza protesica e di individuazione degli erogatori sono definite dall'allegato 17.

Art. 20

Assistenza termale

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'erogazione delle prestazioni di assistenza termale ai soggetti, inclusi gli assicurati dell'INPS e dell'INAIL, affetti dalle patologie indicate nell'allegato 9 al presente decreto, che possono trarre reale beneficio da tali prestazioni. Nel medesimo allegato sono elencate le prestazioni erogabili suddivise per tipologia di destinatari.

2. L'erogazione è garantita nel limite di un ciclo annuo di prestazioni, fatta eccezione per gli invalidi di guerra e di servizio, dei ciechi, dei sordi e degli invalidi civili, che possono usufruire di un secondo ciclo annuo per il trattamento della patologia invalidante.

Capo IV

ASSISTENZA SOCIOASSISTENZIALE

Art. 21

Prestazioni assistenziali integrative

1. I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semi-residenziali e residenziali di cui al presente Capo prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali. Con appositi accordi sottoscritti in sede di Conferenza unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definite linee di indirizzo volte a garantire



omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree, anche con l'apporto delle autonomie locali, nonché modalità di utilizzo delle risorse coerenti con l'obiettivo dell'integrazione, anche con riferimento al Fondo per la non autosufficienza di cui all'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni.

2. 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. Le regioni e le province autonome organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza.

3. Il Progetto di assistenza individualizzato (PAI) definisce i bisogni terapeutico-risabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, socioassistenziale e sociale, del paziente e della sua famiglia. Il coordinamento dell'attività clinica ricompre tra i compiti del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, fatto salvo i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato.

4. Nell'ambito dell'assistenza domiciliare territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali, i trattamenti terapeutico-risabilitativi e assistenziali, semicentrodi e residenziali, sono garantiti dal Servizio sanitario nazionale, quando necessari, in base alla valutazione multidimensionale.

Art. 22.

Cure domiciliari

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.

2. Le cure domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001 recante «Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socioassistenziale». Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentono la presa in carico della persona e la definizione del «Progetto di assistenza individualizzato» (PAI) socioassistenziale integrato, fatto salvo quanto previsto dalle regioni e dalle province autonome in merito al comma 3, lettera c).

3. In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli:

a) cure domiciliari di livello base: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico o riabilitativo, anche ripetiuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle regioni e dalle province autonome, sono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale» (CIA) inferiore a 0,14.

b) cure domiciliari integrate (ADI) di I° livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di primo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individualizzato» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individualizzato» (PRI) che definisce i bisogni riabilitativi della persona, e sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;

c) cure domiciliari integrate (ADI) di II° livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individualizzato» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individualizzato» (PRI), e sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;

d) cure domiciliari integrate (ADI) di III° livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui

Il CIA, coefficiente intensità assistenziale - GEAAR, GEA, gestioni di attività assistenziale nelle unità di cura e strutture cliniche in servizio (assistenza, GdC, gestione di cura della cura della presa in carico alla consegna del programma).



agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a fronte di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver. Le cure domiciliari ad elevata intensità sono avviate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome richiedendo la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI). Il medico di medicina generale o il podiatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica del processo di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

4. Ai sensi dell'art. 3-segno del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 1991, recante «Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria», le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tecnica professionale alla persona. Le suddette prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tecnica professionale, erogate secondo i modelli assistenziali disciplinati dalle regioni e dalle province autonome, sono a onere a carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi.

5. Le cure domiciliari sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.

Art. 23.

Cure palliative domiciliari

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce le cure domiciliari palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38, nell'ambito della Rete di cure palliative e la cura di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistenti, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Le cure sono erogate dalle Unità di Cure Palliative (UCP) sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete e sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale, da aiuto infermieristico, assistenza tecnica professionale e sostegno spirituale. Le cure palliative domiciliari si articolano nei seguenti livelli:

a) livello base: costituito da interventi coordinati dal medico di medicina generale o dal podiatra di libera scelta, secondo quanto previsto dall'art. 2, comma 1, lettera b) della legge 15 marzo 2010, n. 38, che garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia, sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative e si articolano in interventi programmati caratterizzati da un CIA minore di 0,50 in funzione del progetto di assistenza individuale;

b) livello specializzato: costituito da interventi da parte di équipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolte a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati, richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, sono garantiti la continuità assistenziale, interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50 definiti dal progetto di assistenza individuale nonché pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore.

2. Le cure domiciliari palliative richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e dei familiari e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI). Le cure domiciliari palliative sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.

Art. 24.

Assistenza socio-sanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie

1. Nell'ambito dell'assistenza disrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulla più avanzata evidenza scientifica, necessarie ed appropriate nei seguenti ambiti di attività:

- a) educazione e consulenza per la maternità e paternità responsabile;
- b) somministrazione dei mezzi necessari per la procreazione responsabile;
- c) consulenza preconcezionale;
- d) tutela della salute della donna, prevenzione e terapia delle malattie sessualmente trasmissibili, prevenzione e diagnosi precoce dei tumori genitali femminili in collaborazione con i centri di screening, e delle patologie benigne dell'apparato genitale;
- e) assistenza alla donna in stato di gravidanza e tutela della salute del nascituro anche ai fini della prevenzione del correlato disagio psichico;
- f) corsi di accompagnamento alla nascita in collaborazione con il presidio ospedalizio;
- g) assistenza al puerperio, prevenzione e sostegno dell'allattamento al seno e supporto nell'accudimento del neonato;
- h) consulenza, supporto psicologico e assistenza per l'interruzione volontaria della gravidanza e rilascio certificazioni;
- i) consulenza, supporto psicologico e assistenza per problemi di sterilità e infertilità e per procreazione medicalmente assistita;
- j) consulenza, supporto psicologico e assistenza per problemi correlati alla menopausa;
- k) consulenza ed assistenza psicologica per problemi individuali e di coppia;



di consulenza e assistenza a favore degli adolescenti, anche in collaborazione con le istituzioni scolastiche;

ai) prevenzione, valutazione, assistenza e supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi;

aj) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);

ak) supporto psicologico e sociale a nuclei familiari in condizioni di disagio;

al) valutazione e supporto psicologico a coppie e minori per l'affidamento familiare e l'adozione, anche nella fase successiva all'inserimento del minore nel nucleo familiare;

am) rapporti con il Tribunale dei minori e adempimenti connessi (inclusioni, certificazioni, ecc.);

an) prevenzione, individuazione precoce e assistenza nei casi di violenza di genere e sessuale;

ao) consulenza specialistica e collaborazione con gli altri servizi distrettuali territoriali;

ap) consulenza e collaborazione con i pediatra di libera scelta e i medici di medicina generale;

2. L'assistenza distrettuale ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie tiene conto di eventuali condizioni di disabilità ed è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

Art. 25.

Assistenza socioassistenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo

1. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche diagnostiche, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attività:

ai) individuazione precoce e proattiva del disturbo;

aj) accoglienza;

ak) valutazione diagnostica multidisciplinare;

al) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e abilitativo/riabilitativo personalizzato da parte dell'équipe multiprofessionale, in collaborazione con la famiglia;

am) visite neuropsichiatriche;

an) prescrizione, somministrazione e monitoraggio di terapie farmacologiche e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17;

ao) colloqui psicologico-clinici;

ap) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);

aq) colloqui di orientamento, training e sostegno alla famiglia nella gestione dei sintomi e nell'uso dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17;

ar) abilitazione e riabilitazione estensiva o intensiva (individuale e di gruppo) in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, finalizzate allo sviluppo, al recupero e al mantenimento dell'autonomia personale, sociale e lavorativa, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche e le Linee guida, ivi incluse le Linee guida dell'Istituto superiore di sanità;

as) interventi psicofarmacologici e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana;

at) attività di orientamento e formazione alla famiglia nella gestione del programma terapeutico e abilitativo/riabilitativo personalizzato del minore;

au) gruppi di sostegno per i familiari;

av) interventi sulla rete sociale, formale e informale;

aw) consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, amministrativi e strutturali;

ax) consulenza e collaborazione con i pediatra di libera scelta e i medici di medicina generale;

ay) collaborazione con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado, in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni;

az) adempimenti nell'ambito dei rapporti con l'Autorità giudiziaria minorile;

ba) collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche, con particolare riferimento ai minori con comorbilità;

bb) progettazione coordinata e condivisa con i servizi per la tutela della salute mentale del percorso di continuità assistenziale dei minori in vista del passaggio all'età adulta.

2. L'assistenza distrettuale ai minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

Art. 26.

Assistenza socioassistenziale alle persone con disturbi mentali

1. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disturbi mentali, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato, differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attività:

ai) individuazione precoce e proattiva del disturbo;

aj) accoglienza;

ak) valutazione diagnostica multidisciplinare;



di definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo personalizzato da parte dell'equipe multiprofessionale in accordo con la persona e in collaborazione con la famiglia;

e) visite psichiatriche;

f) prescrizione e somministrazione di terapie farmacologiche;

g) colloqui psicologico-clinici;

h) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);

i) colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia;

l) interventi terapeutico-riabilitativi e socio-educativi volti a favorire il recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;

m) gruppi di sostegno per i pazienti e per i loro familiari;

n) interventi sulla rete sociale formale e informale;

o) consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, interdistrettuali e residenziali;

p) collaborazione con i medici di medicina generale;

q) collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche (SERD), con particolare riferimento ai pazienti con comorbidità;

r) interventi psicoeducativi rivolti alla persona e alla famiglia;

s) progettazione coordinata e condivisa del percorso di continuità assistenziale dei minori in carico ai servizi competenti, in vista del passaggio all'età adulta.

2. L'assistenza distrettuale alle persone con disturbi mentali è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

Art. 27.

Assistenza socioassistenziale alle persone con disabilità

1. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disabilità complesse, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico e riabilitativo individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attività:

a) valutazione diagnostica multidisciplinare;

b) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in collaborazione con la persona e la famiglia;

c) gestione delle problematiche mediche specialistiche, anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativi monitoraggio;

d) colloqui psicologico-clinici;

e) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);

f) colloqui di orientamento, training e sostegno alla famiglia nella gestione dei sintomi e nell'uso degli ausili e delle protesi;

g) abilitazione e riabilitazione eteroativa (individuale e di gruppo) in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, finalizzate al recupero e al mantenimento dell'autonomia in tutti gli aspetti della vita;

h) interventi psico-educativi, socio-educativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana;

i) gruppi di sostegno;

l) interventi sulla rete sociale formale e informale;

m) consulenze specialistiche e collaborazione con gli altri servizi ospedalieri e distrettuali territoriali, interdistrettuali e residenziali;

n) collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;

o) collaborazione e consulenza con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nella scuola di ogni ordine e grado in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni;

p) interventi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi finalizzati all'inserimento lavorativo.

2. L'assistenza distrettuale alle persone con disabilità complesse è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

Art. 28.

Assistenza socioassistenziale alle persone con dipendenze patologiche

1. Nell'ambito dell'assistenza territoriale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, (ivi incluse le persone detenate o internate, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attività:

a) accoglienza;

b) valutazione diagnostica multidisciplinare;

c) valutazione dello stato di dipendenza;

d) certificazione dello stato di dipendenza patologica;

e) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in accordo con la persona e, per i minori, in collaborazione con la famiglia;

f) somministrazione di terapie farmacologiche specifiche, sostitutive, sintomatiche e antagoniste, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico;

g) gestione delle problematiche mediche specialistiche;



bi interventi relativi alla prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle patologie correlate all'uso di sostanze;

i) colloqui psicologico-clinici;

ii) colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia;

ki interventi di riduzione del danno;

li) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);

mi interventi socio-risabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;

ni) promozione di gruppi di sostegno per soggetti affetti da dipendenza patologica;

oi) promozione di gruppi di sostegno per i familiari di soggetti affetti da dipendenza patologica;

pi) consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semi-residenziali e residenziali;

qi) collaborazione con i medici di medicina generale e i pediani di libera scelta;

ri) interventi terapeutici e riabilitativi nei confronti di soggetti detenuti o con misure alternative alla detenzione, in collaborazione con l'assistenza penitenziaria;

si) collaborazione ed integrazione con i servizi di salute mentale con riferimento ai pazienti con comorbidità.

2. L'assistenza distrettuale alle persone con dipendenze patologiche è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socio-sanitario emerso dalla valutazione.

Art. 29.

Assistenza residenziale extrapopolitana ad elevato impegno sanitario

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti residenziali omnicuri di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario alle persone con patologie non acute che, presentando alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità, richiedono continuità assistenziale con pronta disponibilità medica o presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti, non erogabili al domicilio o in altro setting assistenziale di minore intensità, sono erogati mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche e costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmacologica, fornitura di preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17.

2. La durata del trattamento ad elevato impegno sanitario è fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale, da effettuarsi secondo le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome.

3. I trattamenti di cui al comma 1 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

Art. 30.

Assistenza socio-sanitaria residenziale e semi-residenziale alle persone non autosufficienti

1. Nell'ambito dell'assistenza residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti, previa valutazione multidimensionale e presa in carico:

ai) trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti, erogati mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protetto, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmacologica, fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, educazione terapeutica al paziente e al caregiver. La durata del trattamento estensivo, di norma non superiore a seicanta giorni, è fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale, da effettuarsi secondo le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome.

bi) trattamenti di lungosostegno, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protetto, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmacologica e fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, educazione terapeutica al paziente e al caregiver, con garanzia di continuità assistenziale, e di attività di socializzazione e animazione.

2. I trattamenti estensivi di cui al comma 1, lettera ai) sono a carico del Servizio sanitario nazionale. I trattamenti di lungosostegno di cui al comma 1, lettera bi) sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera.

3. Nell'ambito dell'assistenza semi-residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti di lungosostegno, di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento in ambiente protetto, ivi compresi interventi di sollievo, a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria.

4. I trattamenti di lungosostegno di cui al comma 3 sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera.

Art. 31.

Assistenza socio-sanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita

1. Il Servizio sanitario nazionale, 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,



il complesso integrato delle prestazioni mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, metodiche specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza farmacologica e la fornitura di protesi per migliorare artificialmente le prestazioni sociali, tutelari e alberghiere, nonché di sostegno spirituale. Le prestazioni sono erogate da équipe multidisciplinari e multiprofessionali nei Centri specializzati di cure palliative-Hospice che, anche quando operanti all'interno di una struttura ospedaliera, si collocano nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria territoriale. Gli Hospice assicurano l'assistenza medica e infermieristica e la presenza di operatori tecnici dell'assistenza nelle giornate notturne, sulle 24 ore, o dispongono di protocolli formalizzati per il controllo del dolore e dei sintomi, per la sedazione, l'alimentazione, l'idratazione e di programmi formalizzati per l'informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla famiglia, l'accompagnamento alla morte e l'assistenza al lutto, l'audit clinico ed il sostegno psico-attivo all'équipe.

2. I trattamenti di cui al comma 1 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

Art. 32

Assistenza ricovero-assistenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo

1. Nell'ambito dell'assistenza semi-residenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, previa valutazione multidisciplinare, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico, i trattamenti terapeutico-riabilitativi di cui al comma 2. I trattamenti terapeutico-riabilitativi residenziali sono erogabili quando dalla valutazione multidisciplinare emerge che i trattamenti territoriali o semi-residenziali risulterebbero inefficaci, anche in relazione al contesto familiare del minore.

2. I trattamenti terapeutico-riabilitativi includono le prestazioni garantite mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie ed appropriate nei seguenti ambiti di attività:

a) accoglienza;

b) attuazione e verifica del Progetto terapeutico-riabilitativo individuale, in collaborazione con il servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza di riferimento e con la famiglia;

c) visite neuropsichiatriche;

d) prescrizione, somministrazione e monitoraggio di terapie farmacologiche e fornitura dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17;

e) colloqui psicologico-clinici;

f) psicoterapia (individuale, familiare, di gruppo);

g) interventi psicoeducativi (individuali e di gruppo);

h) abitazione e riabilitazione comunitaria o intensiva (individuale e di gruppo) finalizzate allo sviluppo dell'autonomia personale e sociale in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, sensoriali e psichiche, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle Linee guida;

ii) interventi sulla rete sociale, formale e informale;

jj) attività di orientamento e formazione alla famiglia nella gestione del programma terapeutico e abitativo-riabilitativo personalizzato del minore;

kk) collaborazione con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado, in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni;

ll) collaborazione con i podisti di libera scelta e con i medici di medicina generale;

mm) adempimenti nell'ambito dei rapporti con l'Autonomia giudiziaria minorile;

nn) collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche, con particolare riferimento ai minori con comorbidità;

oo) progettazione coordinata e condivisa con i servizi per la tutela della salute mentale del percorso di continuità assistenziale dei minori in vista del passaggio all'età adulta.

3. In relazione al livello di intensità riabilitativa e assistenziale l'assistenza residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:

ai) trattamenti ad alta intensità terapeutico-riabilitativa rivolti a pazienti con grave compromissione del funzionamento personale e sociale, parziale instabilità clinica, anche nella fase della post-acute, e per i quali vi è l'indicazione ad una discontinuità con il contesto di vita. I trattamenti hanno una durata massima di 3 mesi, prorogabili in accordo con il servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza di riferimento;

bi) trattamenti residenziali a media intensità terapeutico-riabilitativa rivolti a pazienti con compromissione del funzionamento personale e sociale di gravità moderata, nei quali il quadro clinico non presenta elementi rilevanti di instabilità e per i quali vi è l'indicazione ad una discontinuità con il contesto di vita. I trattamenti hanno una durata massima di 6 mesi, prorogabili in accordo con il servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza di riferimento;

ci) trattamenti residenziali a bassa intensità terapeutico-riabilitativa rivolti a pazienti con moderata compromissione di funzioni e abilità, con quadri clinici relativamente stabili, pesi di elementi di particolare complessità e per i quali vi è l'indicazione ad una discontinuità con il contesto di vita. La durata massima del programma non può essere superiore a 12 mesi, salvo proroga decisa dal servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza di riferimento;

4. Nell'ambito dell'assistenza semi-residenziale il Servizio sanitario nazionale garantisce interventi terapeutico-riabilitativi intensivi ed estensivi, multiprofessionali, complessi e coordinati, rivolti ai minori per i quali non vi è l'indicazione ad una prolungata discontinuità con il contesto di vita.

5. I trattamenti residenziali e semi-residenziali terapeutico-riabilitativi di cui ai commi 3 e 4 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.



Art. 33.

Assistenza socio-sanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali

1. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disturbi mentali, previa valutazione multidimensionale, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico, i trattamenti terapeutico-riabilitativi e i trattamenti socio-riabilitativi, con programmi differenziati per intensità, complessità e durata. I trattamenti includono le prestazioni appropriate ed appropriate, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche nei seguenti ambiti di attività:

a) accoglienza;

b) attuazione e verifica del Progetto terapeutico riabilitativo individuale, in collaborazione con il Centro di salute mentale di riferimento;

c) visite psichiatriche;

d) prescrizione, somministrazione e monitoraggio di terapie farmacologiche;

e) colloqui psicologico-clinici;

f) psicoterapia individuale, di coppia, familiare, di gruppo;

g) interventi terapeutico-riabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;

h) interventi sulla rete sociale formale e informale;

i) collaborazione con i servizi di medicina generale.

2. In relazione al livello di intensità assistenziale, l'assistenza residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:

a) trattamenti terapeutico-riabilitativi ad alta intensità riabilitativa ed elevata tutela sanitaria (carattere intensivo), rivolti a pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, anche nella fase della post-acuzie. I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, privilegiati per ulteriori 6 mesi in accordo con il centro di salute mentale di riferimento, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale sanitario e socio-sanitario sulle 24 ore;

b) trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo, rivolti a pazienti stabilizzati con compromissioni del funzionamento personale e sociale di gravità moderata, che richiedono interventi a media intensità riabilitativa. I trattamenti, della durata massima di 36 mesi, privilegiati per ulteriori 12 mesi in accordo con il centro di salute mentale di riferimento, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore;

c) trattamenti socio-riabilitativi, rivolti a pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, che richiedono interventi a bassa intensità riabilitativa. La durata dei programmi è definita nel Progetto terapeutico riabilitativo individuale,

la considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socio-riabilitative possono articolarsi in più modali, differenziati in base alla presenza di personale socio-sanitario nell'arco della giornata.

3. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti terapeutico-riabilitativi erogati da équipe multiprofessionali in strutture attive almeno 6 ore al giorno, per almeno cinque giorni la settimana.

4. I trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi intensivi ed estensivi di cui al comma 2, lettere a) e b) sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale. I trattamenti residenziali socio-riabilitativi di cui al comma 2, lettera c) sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 40 per cento della tariffa giornaliera. I trattamenti semiresidenziali terapeutico-riabilitativi di cui al comma 3 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

5. Ai soggetti cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a cura e custodia sono garantiti trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo ed estensivo nelle strutture residenziali di cui alla legge n. 9 del 2012 ed al decreto ministeriale 1 ottobre 2012 (risolutive per l'esecuzione delle misure di sicurezza). I trattamenti sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

Art. 34.

Assistenza socio-sanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità

1. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone di ogni età con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, trattamenti riabilitativi mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, a carattere intensivo, estensivo e di mantenimento previa valutazione multidimensionale, presa in carico e progetto riabilitativo individuale (PRI) che definisca le modalità e la durata del trattamento. I trattamenti residenziali si articolano nelle seguenti tipologie:

a) trattamenti di riabilitazione intensiva rivolti a persone non autosufficienti in condizioni di stabilità clinica con disabilità importanti e complesse, modificabili, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno tre ore giornaliere e un elevato impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale infermieristico sulle 24 ore; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 45 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo intensivo;

b) trattamenti di riabilitazione estensiva rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera e un medio impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale



socio-sanitario sulle 24 ore, la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 60 giorni, a meno che la valutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo;

c) trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutele di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, in considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alla gravità delle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socio-riabilitative possono articolarsi in moduli, differenziati in base alla tipologia degli ospiti.

1) disabili in condizioni di gravità che richiedano elevato impegno assistenziale e tutele;

2) disabili che richiedono moderato impegno assistenziale e tutele;

3. I trattamenti di cui al comma 1, lettera a) e b) sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale. I trattamenti di cui al comma 1 lettera c), punto 1) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 70 per cento della tariffa giornaliera. I trattamenti di cui al comma 1, lettera c), punto 2) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 40 per cento della tariffa giornaliera.

3. I trattamenti semiresidenziali si articolano nelle seguenti tipologie:

a) trattamenti di riabilitazione estensiva rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 60 giorni, a meno che la valutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo;

b) trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutele di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, anche in laboratori e centri occupazionali;

4. I trattamenti di cui al comma 3, lettera a) sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale. I trattamenti di cui al comma 3, lettera b) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 70 per cento della tariffa giornaliera.

5. Il Servizio sanitario nazionale garantisce ai soggetti portatori di handicap individuati dall'art. 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, che necessitano di cure specialistiche presso centri di alta specializzazione all'estero il concorso alle spese di soggiorno dell'assistito e del suo accompagnatore nei casi e con le modalità individuate dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° dicembre 2009 e dai relativi Accordi sanciti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Art. 35.

Assistenza socio-sanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche

1. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone con misure alternative alla detenzione o in regime di detenzione domiciliare, previa valutazione multidimensionale, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico, trattamenti terapeutico-riabilitativi e trattamenti pedagogico-riabilitativi, con programmi differenziati per intensità, complessità e durata. I trattamenti includono le prestazioni erogate mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie ed appropriate nei seguenti ambiti di attività:

a) accoglienza;

b) attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in collaborazione con il servizio per le dipendenze patologiche (SERT) di riferimento, in accordo con la persona e, per i minori, in collaborazione con la famiglia;

c) gestione delle problematiche sanitarie inclusa la somministrazione ed il monitoraggio della terapia farmacologica;

d) colloqui psicologico-clinici;

e) psicoterapia (individuale, familiare, di coppia, di gruppo);

f) interventi socio-riabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;

g) interventi di riabilitazione (individuali o di gruppo);

h) collaborazione con la rete sociale formale e informale;

i) collaborazione con l'autorità giudiziaria per le persone con misure alternative alla detenzione o in regime di detenzione domiciliare;

j) collaborazione con i medici di medicina generale e i medici di libera scelta;

k) collaborazione ed integrazione con i servizi di salute mentale, con riferimento ai pazienti con comorbidità;

l) rapporti con il Tribunale dei minori e adempimenti connessi (relazioni, certificazioni, ecc.);

m) collaborazioni e consulenze con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole dei minori sottoposti a trattamento.

2. In relazione al livello di intensità assistenziale, l'assistenza residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:



a) trattamenti specialistici, destinati a persone con dipendenza patologica che, per la presenza concomitante di disturbi psichiatrici, o dello stato di gravidanza o di gravi patologie fisiche o psichiche necessitano di trattamenti terapeutici specifici, anche con ricorso a terapia farmacologica e relativo monitoraggio. I trattamenti della durata massima di 18 mesi sono erogati in strutture a moduli che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore;

b) trattamenti terapeutico-riabilitativi destinati a persone con dipendenza patologica, finalizzati al superamento della dipendenza, al miglioramento della qualità della vita e al reinserimento sociale. I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, eventualmente prorogabili a seguito di rivalutazione multidimensionale da parte dei servizi territoriali delle dipendenze patologiche, sono rivolti a persone che, anche in trattamento farmacologico sostitutivo, non assumono sostanze d'abuso, e sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale sulle 24 ore;

c) trattamenti pedagogico-riabilitativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale e alla integrazione sociale e lavorativa. I trattamenti, della durata massima di 30 mesi, sono rivolti a persone che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti con farmaci sostitutivi, e sono erogati in strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario nell'arco della giornata.

3. I trattamenti residenziali di cui al comma 2 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

4. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce:

a) trattamenti terapeutico-riabilitativi, finalizzati al superamento della dipendenza patologica, al miglioramento della qualità della vita e al reinserimento sociale. I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, eventualmente prorogabili a seguito di rivalutazione multidimensionale da parte dei servizi territoriali delle dipendenze patologiche, sono rivolti a persone che, anche in trattamento farmacologico sostitutivo, non assumono sostanze d'abuso, e sono erogati in strutture che garantiscono l'attività per 6 ore al giorno, per almeno cinque giorni la settimana;

b) trattamenti pedagogico-riabilitativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale e alla integrazione sociale e lavorativa. I trattamenti, della durata massima di 30 mesi, sono rivolti a persone che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti con farmaci sostitutivi, e sono erogati in strutture che garantiscono l'attività per 6 ore al giorno, per almeno cinque giorni la settimana.

5. I trattamenti semiresidenziali di cui al comma 4 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

Capo I°

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Art. 36.

Atti di attività dell'assistenza ospedaliera

1. Il livello dell'assistenza ospedaliera si articola nelle seguenti aree di attività:

- pronto soccorso;
- ricovero ordinario per acuti;
- day surgery;
- day hospital;
- riabilitazione e longodegenza post acuta;
- attività trasfornite;
- attività di trapianto di cellule, organi e tessuti;
- centri anticancro (CAV).

Art. 37.

Pronto soccorso

1. Nell'ambito dell'attività di Pronto soccorso, il Servizio sanitario nazionale garantisce l'esecuzione degli interventi diagnostico-terapeutici di urgenza, i primi accertamenti diagnostici, clinici strumentali e di laboratorio e gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente, nonché, quando necessario, il trasporto assistito.

2. Nelle unità operative di pronto soccorso è assicurata la funzione di triage che sulla base delle condizioni cliniche dei pazienti e del loro rischio evolutivo determina la priorità di accesso al percorso diagnostico-terapeutico.

3. È altresì assicurata all'interno del PS/DE la funzione di Osservazione breve intensiva (OBI) al fine di garantire l'appropriatezza dei percorsi assistenziali complessivi.

Art. 38.

Ricovero ordinario per acuti

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni assistenziali in regime di ricovero ordinario ai soggetti che, in presenza di problemi o patologie acute, necessitano di assistenza medico-infermieristica prolungata nel corso della giornata, osservazione medico-infermieristica per 24 ore e immediata accessibilità alle prestazioni stesse.

2. Nell'ambito dell'attività di ricovero ordinario sono garantite tutte le prestazioni cliniche, mediche e chirurgiche, ostetriche, farmacologiche, strumentali e tecnologiche necessarie ai fini dell'inquadramento diagnostico, della terapia, inclusa la terapia del dolore e le cure palliative, o di specifici controlli clinici e strumentali; sono altresì garantite le prestazioni assistenziali al ricovero, nonché le prestazioni necessarie e appropriate per la diagnosi precoce delle malattie congenite previste dalla normativa vigente e dalla buona



pratica clinica, incluse quelle per la diagnosi precoce della sordità congenita e della cataratta congenita, nonché quelle per la diagnosi precoce delle malattie metaboliche ereditarie individuati con decreto del Ministro della salute in attuazione dell'art. 1, comma 229, della legge 27 dicembre 2013, n. 147, nei limiti e con le modalità definite dallo stesso decreto.

3. Il Servizio sanitario nazionale garantisce le procedure analgesiche nel corso del travaglio e del parto vaginale, esclusa l'anestesia epidurale, nelle strutture individuate dalle regioni e dalle province autonome tra quelle che garantiscono le soglie di attività fissate dall'Accordo sancito in sede di Conferenza tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 16 dicembre 2010 e confermate dal decreto 2 aprile 2015, n. 70, «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera», all'interno di appositi programmi volti a diffondere l'utilizzo delle procedure stesse.

4. Le regioni e le province autonome adottano adeguate misure per incentivare l'esecuzione del parto fisiologico in una percentuale, sul totale dei parti, fissata sulla base di criteri uniformi su tutto il territorio nazionale in coerenza con gli standard indicati dagli organismi sanitari internazionali, nonché per disincentivare i parti cesarei inappropriati.

5. Gli interventi di chirurgia estetica sono garantiti dal Servizio sanitario nazionale solo in conseguenza di incidenti, casi di procedure medico-chirurgiche o malfunzionamenti congeniti o acquisiti.

Art. 39.

Criteri di appropriatezza del ricovero ospedaliero

1. Si definiscono appropriati i ricoveri ordinari per l'esecuzione di interventi o procedure che non possono essere eseguiti in day hospital o in day surgery con identico o maggior beneficio e identico o minor rischio per il paziente e con minore impiego di risorse.

2. Le regioni e le province autonome adottano adeguate misure per incentivare l'assunzione in ricovero diurna delle classi di ricovero elevate nell'allegato 6A in una percentuale, sul totale dei ricoveri, fissata per ciascuna classe, entro il 31 marzo 2017, dalla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale di cui all'art. 1, comma 555, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, nonché per disincentivare i ricoveri inappropriati.

Art. 40.

Day surgery

1. Nell'ambito delle attività di day surgery il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni assistenziali per l'esecuzione programmata di interventi chirurgici

o di procedure invasive che, per complessità di esecuzione, durata dell'intervento, rischi di complicazioni e condizioni sociali e logistiche del paziente e dei suoi accompagnatori, sono eseguibili in sicurezza nell'arco della giornata, senza necessità di osservazione post-operatoria prolungata o, sommappe, senza osservazione notturna. Oltre all'intervento chirurgico o alla procedura invasiva sono garantite le prestazioni preoperatorie e successive, l'assistenza medico-infermieristica e la sorveglianza infermieristica fino alla dimissione.

Art. 41.

Criteri di appropriatezza del day surgery

1. Si definiscono appropriati i ricoveri in day surgery per l'esecuzione di interventi o procedure che non possono essere eseguiti in regime ambulatoriale con identico o maggior beneficio e identico o minor rischio per il paziente o con minore impiego di risorse.

2. Le regioni e le province autonome adottano entro il 15 marzo 2017 adeguate misure per incentivare il trasferimento dal regime di day surgery al regime ambulatoriale degli interventi chirurgici elencati nell'allegato 6B in una percentuale, sul totale dei ricoveri di day surgery, fissata per ciascuna classe, entro il 28 febbraio 2017, dalla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale di cui all'art. 1, comma 555, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, nonché per disincentivare i ricoveri inappropriati. Le regioni possono prevedere l'esigibilità di ulteriori interventi chirurgici, precedentemente eseguiti in day surgery, nelle strutture ambulatoriali a ciò specificamente accreditate e tenute alla compilazione di idonea documentazione clinica, dandone tempestiva comunicazione alla suddetta Commissione nazionale ai fini dell'eventuale aggiornamento dell'allegato 4 al presente decreto, e al Ministero della salute ai fini della fissazione della corrispondente tariffa.

Art. 42.

Day hospital

1. Nell'ambito delle attività di day hospital medico il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni assistenziali programmabili, appartenenti a branche specialistiche diverse, volte ad affrontare patologie o problemi acuti che richiedono inquadramento diagnostico, terapia, accertamenti (linee), diagnostici o strumentali, nonché assistenza medico infermieristica prolungata, non eseguibili in ambulatorio. L'attività di day hospital si articola in uno o più accessi di durata limitata ad una sola parte della giornata, senza necessità di pernottamento.



b.8

Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato,
le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano 18 dicembre 2019
Patto per la salute per gli anni 2019-2021
ESTRATTO Scheda 8. Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute.
Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale
(Rep. Atti n.209/CSR)



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il Patto per la salute per gli anni 2019-2021.

Rep. Atti n. 209/CQ 8 dicembre 2019

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

Nella odierna seduta del 18 dicembre 2019:

VISTO l'articolo 8, comma 5, della legge 5 giugno 2003 n. 131, il quale prevede che il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTO l'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni ed integrazioni, il quale prevede, al fine del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario, che la regione, ove si prospetti sulla base del monitoraggio trimestrale una situazione di squilibrio, adotta i provvedimenti necessari ovvero che qualora i provvedimenti necessari non vengano adottati scatta la diffida del Presidente del Consiglio dei Ministri a provvedervi entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento. Qualora la regione non adempia, entro i successivi trenta giorni il presidente della regione, in qualità di commissario ad acta, approva il bilancio di esercizio consolidato del Servizio sanitario regionale al fine di determinare il disavanzo di gestione e adotta i necessari provvedimenti per il suo ripianamento, ivi inclusi gli aumenti dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive entro le misure stabilite dalla normativa vigente. Qualora anche il commissario ad acta non adotti le misure cui è tenuto, si applicano comunque nella misura massima prevista dalla vigente normativa l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive, il blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso, il divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo;

VISTO l'articolo 1, comma 180, della richiamata legge n. 311/2004, e successive modificazioni ed integrazioni, il quale dispone che la regione interessata, nelle ipotesi indicate ai commi 174 e 176, anche avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, procede ad una ricognizione delle cause ed elabora un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio; che i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173;



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 Patto per la salute, su proposta del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006 (Rep Atti n.2548/CSR);

VISTO l'articolo 1, commi da 796 a 808 della legge 27 dicembre 2006, n.297 che recepisce quanto previsto dal Patto per la salute di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006;

VISTO il decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, ed in particolare l'articolo 4 in materia di commissari ad acta per le regioni sottoposte ai Piani di rientro che siano risultate inadempienti;

VISTO il Patto per la salute, su proposta del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 (Rep Atti n.243/CSR);

VISTO l'articolo 2, commi da 66 a 101 della legge 23 dicembre 2009, n.191 e successive modifiche e integrazioni, che recepisce quanto previsto dal Patto per la salute, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009;

VISTO in particolare, l'articolo 2, comma 77 della richiamata legge n. 191/2009, che definisce lo standard dimensionale del disavanzo sanitario strutturale, rispetto al finanziamento ordinario e alle maggiori entrate proprie sanitarie, nel livello del 5 per cento, ancorché coperto dalla regione, ovvero il livello inferiore al 5 per cento qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo;

VISTO il Patto per la salute, su proposta del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep Atti n.82/CSR);

VISTO l'articolo 1, comma 514 della legge 30 dicembre 2018, n. 145, il quale prevede che per l'anno 2019, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è determinato in 114.439 milioni di euro. Tale livello è incrementato di 2.000 milioni di euro per l'anno 2020 e di ulteriori 1.500 milioni di euro per l'anno 2021;

VISTO l'articolo 1, comma 515 della richiamata legge n. 145/2018, che prevede che per gli anni 2020 e 2021, l'accesso delle regioni all'incremento del livello del finanziamento rispetto al valore stabilito per l'anno 2019 è subordinato alla stipula, entro il 31 dicembre 2019, di una specifica intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano per il Patto per la salute 2019-2021 che contenga misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e di efficientamento dei costi;

VISTO l'articolo 1, comma 516 della richiamata legge n. 145/2018 che prevede che le misure di cui al comma 515 devono riguardare, in particolare:

a) la revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti al fine di promuovere maggiore equità nell'accesso alle cure;

b) il rispetto degli obblighi di programmazione a livello nazionale e regionale in coerenza con il processo di riorganizzazione delle reti strutturali dell'offerta ospedaliera e dell'assistenza territoriale, con particolare riferimento alla cronicità e alle liste d'attesa;





Presidente del Consiglio dei Ministri

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

- c) la valutazione dei fabbisogni del personale del Servizio sanitario nazionale e dei riflessi sulla programmazione della formazione di base e specialistica e sulle necessità assunzionali, ivi comprendendo l'aggiornamento del parametro di riferimento relativo al personale;
- d) implementazione di infrastrutture e modelli organizzativi finalizzati alla realizzazione del sistema di interconnessione dei sistemi informativi del Servizio sanitario nazionale che consentano di tracciare il percorso seguito dal paziente attraverso le strutture sanitarie e i diversi livelli assistenziali del territorio nazionale tenendo conto delle infrastrutture già disponibili nell'ambito del Sistema tessera sanitaria e del fascicolo sanitario elettronico;
- e) la promozione della ricerca in ambito sanitario;
- f) il miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza nell'uso dei fattori produttivi e l'ordinata programmazione del ricorso agli erogatori privati accreditati che siano preventivamente sottoposti a controlli di esiti e di valutazione con sistema di indicatori oggettivi e misurabili, anche aggiornando quanto previsto dall'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;
- g) la valutazione del fabbisogno di interventi infrastrutturali di ammodernamento tecnologico.

VISTO il decreto legge del 30 aprile 2019 n. 35 convertito con modificazioni dalla legge 25 giugno 2019 n. 60;

VISTA la nota del 3 dicembre 2019, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso il provvedimento indicato in oggetto, diramato in pari data dall'Ufficio di Segreteria della Conferenza;

VISTA la nota del 16 dicembre 2019, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso un nuovo testo del provvedimento indicato in oggetto, partecipato in pari data;

VISTE le note del Presidente della Regione Molise e del Coordinamento salute delle Regioni del 17 dicembre 2019, diramate in pari data;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano hanno consegnato il documento recante "Patto per la salute per gli anni 2019 - 2021" condiviso con il Ministero della salute (AlfA)

PRESO ATTO della richiesta del Ministero dell'economia e delle finanze di modificare la scheda 17 del documento recante "Patto per la salute" nel senso di eliminare la frase "di cui alla nota e fino a '929,34€", aggiungendo "e le altre poste dalle Regioni nel confronto che ha preceduto la stipula del patto";

CONSIDERATO che tale richiesta è stata accolta dalle Regioni, che hanno peraltro formulato una raccomandazione consegnata in seduta (All. B);

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



AS



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

SANCISCE INTESA

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sul Patto per la salute 2019-2021, così come emendato nel corso della odierna seduta della Conferenza Stato-Regioni, che, in allegato C) al presente atto, ne costituisce parte integrante.

Il Segretario
Cons. Elisa Grande

Elisa Grande



Il Presidente
Dr. Francesco Rocca

Francesco Rocca

AP



CONFERENZA DELLE REGIONI
E DELLE PROVINCE AUTONOME

19/207/SR08/C7

18 ottobre 2018
Jelly
All. 4

**INTESA, AI SENSI DELL'ARTICOLO 8, COMMA 6, DELLA LEGGE
5 GIUGNO 2003, N. 131, TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE
AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO
CONCERNENTE
IL PATTO PER LA SALUTE PER GLI ANNI 2019-2021**

Punto 8) Conferenza Stato -Regioni

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome esprime l'intesa sul testo allegato con le modifiche evidenziate e condivise con il Ministero della Salute.

Ministero della Salute

PATTO PER LA SALUTE

2019-2021

Scheda 1

Fabbisogno del Servizio sanitario nazionale e fabbisogni regionali

- Si ritiene fondamentale ribadire la programmazione triennale del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per il triennio 2019-2021 in 114.474.000.000 euro per l'anno 2019, 116.474.000.000 euro per l'anno 2020 e in 117.974.000.000 euro per l'anno 2021, come previsto dall'articolo 1, comma 514, della legge 30 dicembre 2018, n. 145.
- Ai fini di una tempestiva assegnazione delle risorse per lo svolgimento delle relative attività in corso d'anno, Governo e Regioni convergono sulle necessità di ricondurre le quote vincolate del Riparto del fabbisogno sanitario standard all'interno del riparto relativo alla quota indistinta del fabbisogno sanitario standard fermi restando i criteri di assegnazione come definiti nelle ultime proposte di riparto relative alle quote oggetto di riconduzione e sulle quali sono state sancite le intese della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, operando nell'anno successivo a quello di riferimento i dovuti congruagli sulla base degli ultimi dati resi disponibili.

Resta ferma la facoltà del Ministero della salute, di indicare, annualmente, specifici obiettivi da raggiungere su progetti ritenuti meritevoli di distinta evidenziazione. Le Regioni forniranno apposita rendicontazione al Comitato LEA dei progetti effettuati.

- Governo e regioni si impegnano a semplificare la procedura di attribuzione degli obiettivi di piano con particolare riferimento alle modalità di rendicontazione basate su indicatori che dovranno valorizzare i risultati; con riferimento agli aspetti finanziari si conviene di individuare soluzioni volte ad accelerare la messa a disposizione delle regioni delle risorse all'uopo destinate. Le modalità devono essere concordate e approvate con intesa Stato Regioni.

Scheda 2

Garanzia del Lea

- Governo e Regioni convergono sulla necessità di completare al più presto il percorso di attuazione del DPCM 12 gennaio 2017 "Nuovi LEA", attraverso l'approvazione del decreto che fissa le tariffe per



Scheda 7 Investimenti

- Il Ministero della salute, in collaborazione con le Regioni, ha effettuato una ricognizione sullo stato del patrimonio immobiliare e tecnologico del Servizio Sanitario Nazionale, la cui analisi ha evidenziato la necessità di procedere ad interventi infrastrutturali per un importo complessivo pari a 32 miliardi di euro. A questi vanno aggiunti circa 1,5 miliardi di euro necessari per un adeguato ammodernamento tecnologico delle attrezzature a disposizione dei servizi sanitari regionali. In tal senso si conviene di incrementare progressivamente, in coerenza con le disponibilità di bilancio, le risorse a disposizione dell'edilizia sanitaria di cui all'art. 20 della legge 67/88.
- Si conviene, inoltre, sulla necessità di supportare, tramite il Ministero della salute, le regioni che hanno ancora a disposizione lo spazio finanziario pregresso al fine di velocizzare l'iter di ammissione a finanziamento, in coerenza con la necessità di sviluppare un piano di sostegno allo sviluppo delle reti assistenziali anche al fine di sostenere i Piani di recupero della mobilità passiva.
- Si conviene di valutare la possibilità di velocizzare l'iter per la sottoscrizione degli accordi di programma e l'ammissione a finanziamento: in tal senso il Ministero della salute effettuerà una ricognizione straordinaria dello stato di attuazione degli interventi approvati ed all'esito, elaborerà una proposta di semplificazione dell'iter amministrativo e normativo focalizzando il ruolo del Ministero della Salute e del Nucleo di valutazione degli investimenti sugli aspetti di garanzia della conformità alle leggi ed alla organizzazione del Servizio sanitario oltrechè sul monitoraggio degli interventi programmati.
- Si conviene di valutare, in relazione a particolari esigenze straordinarie e/o alla situazione di emergenza di alcune aree geografiche soggette a calamità naturali, il superamento della legislazione ordinaria, per consentire interventi urgenti di edilizia sanitaria e per l'ammodernamento tecnologico.

Scheda 8

Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale

- Il mutato contesto socio-epidemiologico, l'allungamento medio della durata della vita e il progressivo invecchiamento della popolazione, con il costante incremento di situazioni di fragilità sanitaria e sociale, l'aumento della cronicità e la sempre più frequente insorgenza di multi-patologie sul singolo paziente, impone una riorganizzazione dell'assistenza territoriale che promuova, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità, basati sulla medicina di iniziativa in stretta correlazione con il Piano Nazionale della Cronicità e il Piano di governo delle liste di attesa e il Piano Nazionale della Prevenzione, per promuovere un forte impulso e un investimento prioritario sull'assistenza sociosanitaria e sanitaria domiciliare, lo sviluppo e l'innovazione dell'assistenza semiresidenziale e residenziale in particolare per i soggetti non autosufficienti. Al fine di prevenire l'aggravamento delle patologie legate ai processi di invecchiamento della popolazione, limitare il declino funzionale e migliorare complessivamente la qualità della vita dell'assistito occorre promuovere nell'ambito di quanto previsto dal LEA e dai percorsi di integrazione socio-sanitaria e sanitaria i trattamenti riabilitativi. Le



predette attività devono essere erogate con riguardo alle diverse modalità di copertura delle spese da parte del SSN e dei Comuni.

- Nell'ambito dell'assistenza territoriale si intende concordare indirizzi e parametri di riferimento per promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socio-assistenziali. A tal fine si conviene di definire linee di indirizzo per l'adozione di parametri di riferimento, anche considerando le diverse esperienze regionali in corso, con l'obiettivo di promuovere:
 - le modalità e gli strumenti per favorire l'effettiva continuità assistenziale e la presa in carico unitaria della persona nelle diverse fasi della vita e in relazione alle diverse tipologie di bisogno;
 - il completamento del processo di riordino della medicina generale e della pediatria di libera scelta, favorendo l'integrazione con la specialistica ambulatoriale convenzionata interna e con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone;
 - specifiche politiche attive di promozione e tutela della salute con particolare attenzione all'infanzia e all'adolescenza, alle persone con disturbo mentale, al sostegno dell'autonomia delle persone con disabilità e non autosufficienza. Saranno inoltre potenziate politiche a favore dell'area materno-infantile, delle patologie croniche, delle dipendenze patologiche, dei disturbi del comportamento alimentare, delle cure palliative e della terapia del dolore;
 - la valorizzazione delle professioni sanitarie, in particolare di quella infermieristica, finalizzato alla copertura dell'incremento dei bisogni di continuità dell'assistenza, di aderenza terapeutica, in particolare per i soggetti più fragili, affetti da multi-morbilità;
 - la valorizzazione del ruolo del farmacista in farmacia che è un presidio rilevante della rete dei servizi territoriali per la presa in carico dei pazienti e per l'aderenza terapeutica degli stessi e non solo per la dispensazione dei medicinali, al fine di rafforzare l'accesso ai servizi sanitari. Tale processo trova la prima attuazione nell'ambito del percorso di definizione e attuazione della Farmacia dei servizi e della nuova convenzione nazionale.
- Si conviene di accelerare i percorsi di implementazione e integrazione dei flussi informativi necessari per un effettivo monitoraggio dell'assistenza territoriale, completando il sistema anche con i flussi delle cure primarie, della riabilitazione e degli ospedali di comunità e dei consultori familiari.

Scheda 9

Funzione complementare e riordino dei fondi sanitari integrativi

- Si conviene di istituire un gruppo di lavoro con una rappresentanza paritetica delle Regioni rispetto a quella dei Ministeri, che, entro sei mesi dalla sottoscrizione del patto, concluda una proposta di provvedimento volta all'ammodernamento ed alla revisione della normativa sui fondi sanitari ai sensi dell'articolo 9 del Dlgs 502/1992 e smi, e sugli altri enti e fondi aventi finalità assistenziali, al fine di tutelare l'appropriatezza dell'offerta assistenziale in coerenza con la normativa nazionale, di favorire la trasparenza del settore, di potenziare il sistema di vigilanza, con l'obiettivo di aumentare l'efficienza complessiva del settore a beneficio dell'intera della popolazione e garantire un'effettiva integrazione dei fondi con il Servizio sanitario nazionale.
- Si conviene di procedere ad un'analisi degli oneri a carico della finanza pubblica.



b.9

D.L. 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, nella legge 17 luglio 2020, n. 77
“Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di
politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19”
ESTRATTO Articolo 1 – Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale,
comma 4 e comma 5 (GU n. 128 del 19-5-2020 SO n. 21)

TESTI COORDINATI E AGGIORNATI

Testo del decreto-legge 17 maggio 2020, n. 34 (in Gazzetta Ufficiale - Serie speciale - n. 128 del 19 maggio 2020, Serie 211 L) coordinato con la legge di conversione 17 luglio 2020, n. 77 (in Gazzetta Ufficiale Supplemento Ordinario alla pag. 1), e con: «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19».

NOTIZIA

Il testo coordinato qui pubblicato è stato redatto dal Ministero della Giustizia ai sensi dell'articolo 11, comma 1, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'esecuzione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni nella Gazzetta Ufficiale italiana, approvato con R.D. 28 dicembre 1985, n. 3002, nonché dell'art. 10, comma 2 e 3, del medesimo testo unico, al solo fine di facilitare la lettura sia delle disposizioni del decreto-legge, sia con le modifiche apportate dalla legge di conversione, che di quelle modificate o abolite nel decreto, inserite nelle note. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui riportati.

Le modifiche apportate dalla legge di conversione sono stampate con carattere rosso.

A norma dell'art. 15, comma 2, della legge 23 aprile 1988, n. 800 (Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei ministri), le modifiche apportate dalla legge di conversione hanno efficacia dal giorno successivo a quello della loro pubblicazione.

Nel Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale del 29 luglio 2020 si procederà alla pubblicazione del presente testo coordinato, secondo delle relative note.

TITOLO I SALUTE E SICUREZZA

Art. 1.

Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale

1. Per l'anno 2020, al fine di rafforzare l'offerta sanitaria e socio-sanitaria territoriale, necessaria a fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-CoV-2 soprattutto in una fase di progressivo allentamento delle misure di distanziamento sociale, con l'obiettivo di implementare o rafforzare un solido sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione di SARS-CoV-2, dei casi confermati e dei loro contatti al fine di intercettare tempestivamente eventuali focolai di trasmissione del virus, oltre ad assicurare una presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio, di casi o pascionamenti non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario, le regioni e le province autonome adottano piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale. I piani di assistenza territoriale contengono specifiche misure di identificazione e gestione dei contatti, di organizzazione dell'attività di sorveglianza attiva effettuata a cura dei Dipartimenti di Prevenzione in collaborazione con i medici di medicina generale, podisti di libera scelta e medici di continuità assistenziale nonché con le Unità specializzate in continuità assistenziale, indirizzate a un monitoraggio costante e a un tracciamento precoce dei casi e dei contatti, al fine della relativa identificazione, dell'isolamento e del manuten-

ta. I predetti piani sono recepiti nei programmi operativi richiamati dall'articolo 18, comma 1, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 e sono meritoriamente congiuntamente a fini esclusivamente conoscitivi dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze in sede di monitoraggio dei citati programmi operativi. Le regioni e le province autonome organizzano inoltre le attività di sorveglianza attiva e di monitoraggio presso le strutture sanitarie assistite e le altre strutture residenziali, anche garantendo la collaborazione e la consulenza di medici specialisti in relazione alle esigenze di salute delle persone assistite, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

1-bis. Ai fini di cui al comma 1, le regioni e le province autonome costituiscono le reti dei laboratori di microbiologia per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2, individuando tra i laboratori alcuni di alcuni requisiti infrastrutturali e di adeguata competenza specialistica del personale addetto, a esperienza dei fabbisogni di prestazioni governati dall'emergenza epidemiologica. A tale scopo, le regioni e le province costituiscono, sulla base delle indicazioni tecniche fornite dal Ministero della salute, identificano un laboratorio pubblico di riferimento regionale che opera in collegamento con l'Istituto superiore di sanità e individua, con compiti di coordinamento a livello regionale, ai fini dell'accertamento, i laboratori pubblici e privati operanti nel territorio di riferimento, in presenza dei requisiti prescritti.

1-ter. I laboratori di microbiologia individuati dal laboratorio pubblico di riferimento regionale ai sensi del comma 1-bis hanno l'obbligo di mantenere i reattivi positivi dei test molecolari per infezione da SARS-CoV-2 al dipartimento di prevenzione territorialmente competente. Le regioni e le province, insieme, ricevuti i dati relativi ai casi positivi in tal modo riscontrati, li trasmettono all'Istituto superiore di sanità, mediante la piattaforma istituita ai fini della sorveglianza integrata del COVID-19, ai sensi dell'articolo 1 dell'ordinanza del capo del Dipartimento della protezione civile 27 febbraio 2020, n. 640. Per la comunicazione dei dati di cui al presente comma sono adottate adeguate misure tecniche e organizzative idonee a tutelare la riservatezza dei dati stessi.

1-quater. L'Istituto superiore di sanità, le regioni e le province autonome provvedono agli adempimenti di cui ai commi 1-bis e 1-ter con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

2. Qualora, per le esigenze di cui al comma 1, occorre disporre temporaneamente di beni immobili per far fronte ad imponderabili esigenze connesse alla gestione dell'isolamento delle persone contagiate da SARS-CoV-2, fermo restando quanto previsto dall'articolo 6, comma 7, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, le regioni e le province autonome possono stipulare contratti di locazione di strutture alberghiere ovvero di altri immobili aventi analoghe caratteristiche di idoneità, con effetti fino al 31 dicembre 2020.



3. Le aziende sanitarie, tramite i distretti, provvedono ad implementare le attività di assistenza domiciliare integrata o equivalente, per i pazienti in isolamento anche ospitati presso le strutture individuate ai sensi del comma 2, garantendo adeguato supporto sanitario per il monitoraggio e l'assistenza dei pazienti, nonché il supporto per le attività logistiche di ristorazione e di erogazione dei servizi essenziali, con effetti fino al 31 dicembre 2020.

4. Le regioni e le province autonome, per garantire il massimo livello di assistenza compatibile con le esigenze di sanità pubblica e di sicurezza delle cure in favore dei soggetti contagiati identificati attraverso le attività di monitoraggio del rischio sanitario, nonché di tutte le persone fragili la cui condizione risulta aggravata dall'emergenza in corso, qualora non lo abbiano già fatto, incrementano e indirizzano le azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare, sia con l'obiettivo di assicurare le necessarie attività di monitoraggio e assistenza connesse all'emergenza epidemiologica, sia per rafforzare i servizi di assistenza domiciliare integrata per i pazienti in isolamento domiciliare o sottoposti a quarantena nonché per i soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità tutelate ai sensi del Capo IV del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1997, n. 502», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 65 del 18.03.2017 - S.O. n. 15. A tal fine, nel rispetto dell'autonomia regionale in materia di organizzazione dei servizi domiciliari, le regioni e le province autonome sono autorizzate ad incrementare la spesa del personale nei limiti indicati al comma 10.

Abbis. Al fine di raggiungere gli obiettivi di cui al comma 1 e 4, il Ministero della salute, sulla base di un atto di intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, consente la sperimentazione, per il biennio 2020-2021, di strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento delle strutture presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore, senza scopo di lucro. I progetti proposti devono prevedere modalità di intervento che riducano le scelte di ospitalizzazione, favoriscano la domiciliarità e consentano la valutazione dei risultati ottenuti, anche attraverso il ricorso a strumenti innovativi quale il budget di salute individuale e di comunità.

5. Al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'introduzione altresì dell'infermiere di famiglia o di comunità, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati come affetti da COVID-19, anche coinvolgendo le Unità speciali di comunità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonché di tutti i soggetti di cui al comma 4, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001,

n. 165, possono, in relazione ai modelli organizzativi regionali, utilizzare forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, con infermieri che non si trovino in costante di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, in numero non superiore a otto unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti. Per le attività assistenziali svolte è riconosciuto agli infermieri un compenso lordo di 30 euro ad ora, inclusivo degli oneri riflessi, per un monte ore settimanale massimo di 35 ore. Per le medesime finalità, a decorrere dal 1° gennaio 2021, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, possono procedere al reclutamento di infermieri in numero non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato o comunque non limiti di cui al comma 10.

6. Al fine di garantire una più ampia funzionalità delle Unità speciali di comunità assistenziale di cui all'articolo 4-bis del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, è autorizzata per l'anno 2020 l'ulteriore spesa di 61 milioni di euro a valere sul finanziamento sanitario concesso stabilito per l'anno 2020. Per la funzionalità delle Unità speciali di comunità assistenziale di cui al periodo precedente è consentito anche ai medici specialisti ambulatoriali convenzionati in sede di far parte delle sezioni. In considerazione del ruolo attribuito alle predette Unità speciali di comunità assistenziale, ogni Unità è tenuta a redigere apposita rendicontazione trimestrale dell'attività all'ente sanitario di competenza che la trasmette alla regione di appartenenza. Il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze, in sede di monitoraggio dei Piani di cui al comma 1, possono richiedere le relative relazioni.

7. Ai fini della valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e dell'integrazione con i servizi sociali e socio-sanitari territoriali, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale a supporto delle Unità speciali di comunità assistenziale di cui all'articolo 4-bis del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, possono conferire, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a professionisti del profilo di assistente sociale, regolarmente iscritti all'albo professionale, in numero non superiore ad un assistente sociale ogni due Unità per un monte ore settimanale massimo di 24 ore. Per le attività svolte è riconosciuto agli assistenti sociali un compenso lordo orario di 30 euro, inclusivo degli oneri riflessi.

Abbis. Nel rispetto del limite della spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 11 del decreto-legge 20 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2019, n. 60, e ai fini di una corretta gestione delle implicazioni privilegiate e dei bisogni delle persone coinvolte alla pandemia di COVID-19, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale a supporto delle unità speciali di comunità assistenziale di cui all'articolo 4-bis del decreto-





b.II



L'accreditamento della rete di CP

b.10

Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato,
le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano 27 luglio 2020
“Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38”
(Rep. Atti n. 118/CSR)



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. 110/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 1997, n. 281, che affida a questa Conferenza il compito di promuovere e sanzionare 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 socio-sanitaria, il potenziamento dei rapporti tra le équipe 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;





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 21 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.





Conferenza 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 dramata 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 socio-sanitarie, 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





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.

RI TENUTO, 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. 21859-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 Bogazzi

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 prevede il coordinamento delle Reti locali, l'integrazione sanitaria, socio-sanitaria 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 complementarità alle tempie "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 Reti locali 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 (Rit. Legge n. 38/2010, art. 23, luglio 2012 Rep. art. 111/CSM).

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 avvicinano 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 attendino 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 centered

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. Favorire 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 ai minori, erogate nei diversi setting assistenziali, in un ambito ospedaliero e ospedaliero-territoriale a livello regionale, che soddisfa specifici requisiti (Rif. Legge n. 18/2010; Area 21 luglio 2012; Resp. art. 151/CSM).

³ Gonsky-Roberts N. 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



A fronte di una legislazione tra le più innovative in Europa, è necessario tener conto che frequenza, 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 qualificano il sistema di assistenza affiancando il paradigma clinico ad un approccio valutativo sistemico della malattia e della complessità dei bisogni, con la conseguente riprodotazione 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'Agenzia 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. 701 dove 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. 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 Vaccari (2012)*, per sviluppare e orientare il "Modello di Analisi e Valutazione delle Reti Specialistiche Regionali" verso la misurazione degli usi 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*

* Vaccari R. Riprogrammare la sanità - Modelli di analisi e sviluppo. Carocci Faber, Roma, 2012



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 advocate¹³.

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, sono 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 WMO A67/11 *Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course*).

La creazione di reti per le cure palliative o 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 équipe, 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 (Rap. Art. n. 239/CSM) sulla "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 specificamente 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. 38/2018, devono assolvere alle seguenti funzioni:

Struttura di coordinamento regionale	Struttura locale/aziendale
"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 - Integrazionabili) che operano nel territorio regionale"	"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'art. 23.07.2012
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 appropriatezza erogazione ed equità di accesso	Tutela del diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative

¹³ Frenk J, Chen L, Bhutta EA, Cohen J, Crig N, Evans T, Finberg H, Garcia P, Ke Y, Klerky F, Krasovsky B, Maitin A, Naylor D, Pablos-Kendler A, Roddy S, Scrimshaw S, Sepúlveda 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.



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, oltre-oro. Case management, Valutazione multidisciplinare, Gestione delle dimissioni protette (Ospedale-hospice-ACP domiciliari), Integrazione con i servizi territoriali socio-sanitari e sociali
Definizione degli indicatori 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 comma1 legge n.38/2010
Definizione di indicatori semi-quantitativi di CP ivi inclusi gli standard di cui al decreto ministeriale 21 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 comma2 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 équipe 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'équipe;
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. 239/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



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 dal LEA in questa cornice escono dall'orizzonte temporale dell'end stage ed estendono il loro ambito di applicazione alle fasi precoci della malattia inguaribile 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

La tabella che segue si riferisce alla Rete regionale e locale di cure palliative, riservando ad un approfondimento successivo gli aspetti relativi alle specificità della rete pediatrica.



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

- Instituzione 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.
- Partecipazione all'organismo di coordinamento regionale dei direttori/responsabili delle reti locali ed eventuali altri componenti operanti nelle reti di cure palliative.
- 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.
- Adozione di un atto formale di policy che contenga 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

- Instituzione 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.
- 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.
- 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.



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 del L.F.A. con relativa reportistica da parte delle reti locali di cure palliative
- c. Misurazione della completezza del soddisfacimento del bisogno di CP sulla base degli standard previsti dalla 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 19 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. Competenze nella ricerca
- e. Competenze di formazione (sulla capacità di trasferire e comunicare le proprie competenze all'interno e all'esterno della équipe)
- f. Competenze professionali specifiche



REQUISITI DELLE RETI LOCALI DI CURE PALLIATIVE

(Ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 23 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 23 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 *
1.2 sistema di governance della rete (criterio 2 dell'Intesa 25.7.2012)	La Regione o l'azienda sanitaria pubblica secondo gli indirizzi regionali: 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; 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) Il Coordinatore della rete e l'Organismo di Coordinamento operano nella Rete Locale CP per garantire la reale operatività.

* nel presente documento, per "Aziende sanitarie pubbliche" si intendono quelle che prestano ed erogano le cure e l'assistenza.



<p>1.3 piani di intervento per lo sviluppo della rete locale di CP e funzioni dell'organismo di coordinamento (articoli 1, 2 e 11 dell'Intesa 23.7.2012)</p>	<p>L'organismo di coordinamento redige, approva e aggiorna periodicamente il Piano di rete locale che esplicita:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. gli obiettivi specifici annuali per lo sviluppo e il funzionamento della rete nonché l'individuazione delle particolari competenze distintive di ciascuna struttura della rete; b. 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 componenti universitarie, servizi sociali del Comune, i servizi del volontariato); c. modalità di coinvolgimento del cittadino e delle sue rappresentanze, sia nella fase di pianificazione sia nella fase di monitoraggio delle attività di rete; d. le strategie di comunicazione e informazione ai cittadini.
	<p>L'organismo di coordinamento, in coerenza con le indicazioni regionali, inoltre:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 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 socioassistenziali 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; b. 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; c. identifica procedure condivise tra le strutture della Rete per gli aspetti clinico-assistenziali e di supporto ai caregiver e alla famiglia; d. predisporre il piano annuale di sviluppo formativo delle competenze, previste dalla normativa vigente (specificato al successivo punto 5.1 requisiti sulla formazione continua degli operatori della rete); e. sviluppa attività di ricerca/condivisione di buone pratiche clinico-assistenziali e organizzative, gestionali della rete di CP; f. identifica i programmi sistematici di valutazione e miglioramento delle attività e promuove la misurazione della qualità di vita dei malati assistiti con strumenti validati; g. predisporre 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.
<p>2.0</p>	<p>Risorse umane, tecnologiche, economiche del coordinamento della rete</p>
<p>2.1</p>	<p>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.</p>
<p>3.0</p>	<p>Processi assistenziali: percorsi di cura</p>
<p>3.1 articoli 3, 4, 14 dell'Intesa 23.7.2012)</p>	<p>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</p>



	<p>soggetti istituzionali e professionali coinvolti nel percorso di cura, incluse la famiglia e le associazioni di volontariato che operano all'interno della rete.</p> <p>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.</p>
3.2 <i>(Criterio 3 dell'Intesa 25.7.2012)</i>	<p>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 sanitario 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).</p>
4.0	Processi Assistenziali: Dimissioni protette
4.1	<p>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).</p>
4.2	<p>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).</p>
5.0 <i>(Criterio 4 e 14 dell'Intesa 25.7.2012)</i>	Processi Assistenziali: Monitoraggio della Qualità
5.1	<p>La Rete Locale di CP adotta/applica un sistema formalizzato di misurazione per monitorare la qualità del processo di cura e assistenza erogati nell'ambito della Rete locale in coerenza con il sistema sviluppato al livello regionale.</p>
5.2	<p>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.</p>
5.3	<p>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).</p>
6.0 <i>(Criterio 6 dell'Intesa 25.7.2012)</i>	Processi di supporto: Formazione continua degli operatori della rete
6.1	<p>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. art. n. 87/CSR) e dai programmi obbligatori di formazione continua di cure palliative regionali.</p>
6.2	<p>L'organismo di coordinamento, d'intesa con le strutture che compongono la rete, promuove e monitora il grado di raggiungimento degli obiettivi formativi tramite opportunitistiche delle strutture sanitarie operanti nella rete e tramite i Dossier formativi individuali dei professionisti operanti nella rete sono annualmente verificati dall'organismo di coordinamento.</p>
6.3	<p>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.</p>
7.0	Processi di supporto: Processi sociali
7.1	<p>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:</p>

<i>(Criteri 5, 7 e 11 dell'Intesa 25.7.2012)</i>	<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.
1.2 <i>(Criterio 12 dell'Intesa 25.07.2012)</i>	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.B <i>(Criterio 13 dell'Intesa 25.7.2012)</i>	Processi strategico 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 o 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 rilevanti 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.



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. L/00360 "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 socio-sanitario."
- ⇒ European Pathway Association- EPA <http://e-p-a.org/late-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., Rosenwas 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-Batiz 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.



b.III



L'accreditamento della rete di TD

b.11

Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato,
le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano 27 luglio 2020
"Accreditamento delle reti di terapia del dolore"
(Rep. Atti n. 119/CSR)



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/CX 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 1997, 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 socio-sanitarie, 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 o 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 spetti 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 (uniti 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 3 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. 879/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;





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'adesione, 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 "Reti 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.



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LE STATI, 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 Decca

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 IPCM 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 socio-sanitaria, 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 complementarità rispetto alle opportunità terapeutiche di altre discipline (fisiatria, reumatologia, neurochirurgia, ortopedia, ecc.) che prevedano la stretta collaborazione tra Anestesiologi-specialisti in Terapia del Dolore e Medici di Medicina Generale richiedono:

6



- la specifica caratterizzazione delle metodiche analgiche 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 clinico-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 atteso il pieno raggiungimento dei requisiti minimi delle strutture dedicate alla terapia del dolore ai sensi della normativa vigente.



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.



È 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 discipline specialistiche", ai sensi del già citato DM 2 aprile 2013, 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 Vaccari (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 amalgamate

La formazione dei professionisti operanti nella Rete

Il modello, per essere 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 n° 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 storico-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 talune 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 emergente da un punto di vista di modello organizzativo-gerenziale.

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

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:

- concorso 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 podiatri 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.



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 acuto o cronico, moderato o severo, riducendone il dolore e il grado di disabilità, favorendone la reinserimento nel contesto sociale e lavorativo.
4. **Continuità delle cure,** attraverso l'integrazione dei diversi ambiti assistenziali. La continuità assistenziale viene supportata da sistemi informativi 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 équipe 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:

- **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 anestesiologicalalgologica: 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 I: 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:



<p>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.</p>
<ul style="list-style-type: none"> 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.
<p>Sviluppo del sistema informativo</p>
<ul style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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.
<p>Sviluppo di un sistema di monitoraggio dello stato di attuazione delle reti delle loro attività e definizione degli indicatori quali-quantitativi di TD</p>
<ul style="list-style-type: none"> 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 analgesici 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

<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).



- Garantire nell'ambito della Rete, il recepimento e l'amministrazione dei PDTA per i malati affetti da dolore acuto (qualora non controllabile dalle terapie convenzionalmente 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.



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 vengano 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

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 strategici 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.



6



Capitolo b **ALLEGATI:**



**Le prime norme nazionali su cure palliative
e Hospice L. 39/1999 e decreti 2000-2001)**

**Le norme sulle CP e sulla TD in ambito
pediatrico (Accordi CSR 2007-2008)**

**Documenti di riferimento per lo sviluppo
delle reti di CP e TD (2002, 2006, 2015).**



**Le prime norme nazionali
su cure palliative e Hospice
(L. 39/1999 e decreti 2000-2001)**

b.A

Legge 26 febbraio 1999, n. 39
“Disposizioni per assicurare interventi urgenti di
attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000”
(GU n. 48 del 27-2-1999)

Legge 26 febbraio 1999, n. 39

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge
28 dicembre 1998, n. 450, recante disposizioni per assicurare
interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale
1998-2000



Legge di conversione

Art. 1.

1. Il decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, recante disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000, è convertito in legge con le modificazioni riportate in allegato alla presente legge.

2. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale.



Testo del decreto-legge coordinato con la legge di conversione

Publicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 48 del 27 febbraio 1999

(*) Le modifiche apportate dalla legge di conversione sono stampate con caratteri corsivi

Art. 1.

1. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, il Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, adotta un programma su *base nazionale* per la realizzazione, in ciascuna regione e provincia autonoma, in coerenza con gli obiettivi del Piano sanitario nazionale, *di una o più strutture, ubicate nel territorio in modo da consentire un'agevole accessibilità da parte dei pazienti e delle loro famiglie, dedicate all'assistenza palliativa e di supporto prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale* che necessitano di cure finalizzate ad assicurare una migliore qualità della loro vita e di quella dei loro familiari. *Le suddette strutture dovranno essere realizzate prioritariamente attraverso l'adeguamento e la riconversione di strutture, di proprietà di aziende sanitarie locali o di aziende ospedaliere, inutilizzate anche parzialmente, ovvero di strutture che si siano rese disponibili in conseguenza della ristrutturazione della rete ospedaliera di cui all'articolo 2, comma 5, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, e successive modificazioni.*

2. Con atto di indirizzo e coordinamento, adottato ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, ad integrazione di quello approvato con decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 42 del 20 febbraio 1997, sono stabiliti i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture di cui al comma 1 nonché le modalità di verifica dei risultati.

3. *Le regioni e le province autonome presentano al Ministero della sanità, nei termini e con le modalità previste nel decreto ministeriale di adozione del programma di cui al comma 1, i progetti per l'attivazione o la realizzazione delle strutture, conformi alle indicazioni del programma medesimo e tali da assicurare l'integrazione delle nuove strutture e dell'assistenza domiciliare con le altre attività di assistenza sanitaria erogate nell'ambito della regione o della provincia. A tali progetti deve essere allegato un piano della regione o della provincia autonoma che assicuri l'integrazione dell'attività delle strutture con le altre attività di assistenza ai pazienti indicati nel comma 1, erogate nell'ambito della regione o della provincia autonoma. Il contributo finanziario a carico del bilancio dello Stato per la realizzazione del programma di cui al comma 1 non può superare l'importo di lire 155.895 milioni per l'anno 1998, di lire 100.616 milioni per l'anno 1999 e di lire 53.532 milioni per l'anno 2000.*

4. *Il Ministero della sanità valuta i progetti di cui al comma 3 ed i piani ad essi allegati secondo i criteri stabiliti nel decreto di adozione del programma. La congruità dei progetti e dei piani ai criteri stabiliti consente alla regione di accedere al finanziamento del Ministero della sanità per il raggiungimento dell'obiettivo di cui al comma 1.*

5. Agli oneri derivanti dall'attuazione dei precedenti commi, determinati in lire 155.895 milioni, lire 100.616 milioni e lire 53.532 milioni, rispettivamente, per gli anni 1998, 1999 e 2000, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 1998- 2000, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte capitale "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica per l'anno finanziario 1998, all'uopo utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della sanità.

6. Alle regioni sono attribuite, in ragione della quota capitaria prevista dal Piano sanitario nazionale, somme per complessivi 150 miliardi di lire, da destinare all'assistenza domiciliare, con particolare riferimento ai pazienti in fase critica. Alla ripartizione del predetto importo si provvede con decreto del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, di concerto con il Ministro della sanità, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente comma si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 1998-2000, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica per l'anno finanziario 1998, all'uopo utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della sanità destinato alla formazione specialistica dei medici.

7. Il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Art. 2.

1. Il Ministro della sanità, ferme restando le competenze delle regioni di cui all'articolo 6, comma 2, lettera b), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, è autorizzato ad individuare, con proprio decreto, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province

autonome di Trento e di Bolzano con le modalità e le procedure di cui all'articolo 2, comma 10, della legge 15 maggio 1997, n. 127, come modificata dalla legge 16 giugno 1998, n. 191, in ordine alle caratteristiche della carta di identità e di altri documenti di riconoscimento muniti di supporto magnetico o informatico, le specifiche tecniche, le progettazioni e le procedure finalizzate alla realizzazione della tessera sanitaria di cui all'articolo 59, comma 50, lettera i), della legge 27 dicembre 1997, n. 449. Per la progettazione e l'adozione, in via sperimentale, della tessera sanitaria è autorizzata la spesa di lire 30.000 milioni, di lire 81.000 milioni e di lire 50.000 milioni, rispettivamente, per gli anni 1998, 1999 e 2000. *Tale fase di sperimentazione deve comunque concludersi entro il 30 giugno 2000.*

2. Agli oneri derivanti dall'attuazione del comma 1, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 1998-2000, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte capitale "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, all'uopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della sanità. Il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Art. 3.

1. Per far fronte parzialmente alle maggiori occorrenze finanziarie del Servizio sanitario nazionale per gli anni 1995, 1996 e 1997 è autorizzato, a carico del bilancio dello Stato, il finanziamento di lire 3.000 miliardi. Le regioni Friuli-Venezia Giulia e Valle d'Aosta e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono alle predette eventuali maggiori occorrenze finanziarie ai sensi della normativa vigente. Non si applica il disposto di cui all'articolo 19, comma 1, del decreto-legge 2 marzo 1989, n. 65, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 aprile 1989, n. 155.

2. Le disponibilità finanziarie di cui al comma 1 sono ripartite tra le regioni con le seguenti modalità:
a) il 40 per cento secondo i criteri utilizzati per il riparto del Fondo sanitario nazionale per l'anno 1997, fino alla concorrenza dei disavanzi certificati dalle regioni medesime per gli anni 1995, 1996 e 1997;
b) le restanti somme in proporzione al totale dei disavanzi certificati come sopra per gli stessi anni, al netto delle somme assegnate ai sensi della lettera a).

3. Il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica provvede ad erogare in ciascuno degli anni 1998 e 1999 una quota pari al 50 per cento delle somme spettanti alle regioni ai sensi del presente articolo. A tal fine ciascuna regione è tenuta a trasmettere entro il 20 febbraio 1999, allo stesso Ministero ed a quello della sanità, apposita certificazione del presidente della giunta regionale per gli anni 1995, 1996 e 1997 delle somme impegnate, *con specifico riferimento agli obiettivi della programmazione sanitaria regionale conseguiti*, e delle entrate accertate, ivi comprese le quote del finanziamento della spesa sanitaria, posta a carico delle regioni Friuli- Venezia Giulia, Sicilia e Sardegna, dagli enti del Servizio sanitario regionale.

4. Nelle more degli adempimenti regionali di cui al comma 3, il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica provvede ad erogare alle regioni, a titolo di acconto delle somme spettanti ai sensi del comma 2, il 75 per cento degli importi di cui all'allegata tabella A entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto ed il restante 25 per cento entro il 30 giugno 1999.

5. Qualora l'erogazione dell'acconto abbia determinato a favore di una regione un importo superiore a quello spettante per effetto della ripartizione dei 3.000 miliardi disponibili sulla base delle Certificazioni acquisite, l'eccedenza è posta in detrazione in occasione del riparto del fondo sanitario e contestualmente riassegnata a favore delle altre regioni per le finalità del presente decreto.

6. Agli oneri derivanti dall'attuazione dei commi da 1 a 5, determinati in lire 1.500 miliardi per ciascuno degli anni 1998 e 1999, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 1998-2000, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente ""Fondo speciale"" dello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica per l'anno finanziario 1998, all'uopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della sanità. Il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Art. 4.

1. Nell'articolo 1-bis, comma 1, del decreto-legge 13 dicembre 1996, n. 630, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 febbraio 1997, n. 21, l'ultimo periodo è sostituito dai seguenti: "Le disponibilità derivanti dai mutui di cui al periodo precedente, assunti per la copertura di disavanzi, sono erogati in proporzione ai disavanzi derivanti dalle operazioni di ricognizione dei debiti e dei crediti al 31 dicembre 1994, approvati dai direttori generali, verificati dal collegio dei revisori e certificati ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del presente decreto, considerando le erogazioni disposte ai sensi del medesimo articolo 1; le predette disponibilità sono erogate nella misura del 90 per cento e del 10 per cento, rispettivamente, negli anni 1998 e 1999. Non si applica il disposto di cui all'articolo 19, comma 1, del decreto-legge 2 marzo 1989, n. 65, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 aprile 1989, n. 155."

2. Le regioni sono autorizzate a contrarre, con oneri a carico dei rispettivi bilanci, mutui o prestiti con istituti di credito, da assumere anche in deroga alle limitazioni previste dalle vigenti disposizioni, per assicurare la copertura dei disavanzi di parte corrente del Servizio sanitario nazionale degli esercizi 1997 e 1998.

Art. 4-bis.

1. *Per gli interventi di cui alla lettera c) del comma 1 dell'articolo 50 della legge 23 dicembre 1998, n. 448, la relativa autorizzazione di spesa è incrementata di lire 135 miliardi per l'anno 2000 e di lire 200 miliardi per l'anno 2001.*

2. *All'onere di cui al comma 1 si provvede mediante corrispondente riduzione delle proiezioni dell'accantonamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 1999-2001, nell'ambito dell'unità previsionale di base di conto capitale "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica per l'anno 1999, allo scopo utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della sanità.*

Art. 5.

1. I direttori generali delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere rivedono, in sede negoziale, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto il corrispettivo dei contratti delle aziende stipulati anteriormente al 31 dicembre 1997 per la fornitura di beni e servizi, quando tale corrispettivo è stato determinato, in tutto o in parte, con riferimento al costo del denaro. Qualora il contraente non aderisca alla revisione è escluso dalla possibilità di stipulare nuovi contratti o rinnovare quelli in essere con la stessa azienda per i tre anni successivi alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto.

Art. 6.

1. Il presente decreto entra in vigore il giorno stesso dalla sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana e sarà presentato alle Camere per la conversione in legge.

Tabella A

(articolo 3, comma 4)

REGIONI	Importi erogabili in acconto
Piemonte	93
Valle d'Aosta	-
Lombardia	310
Provincia autonoma di Bolzano	-
Provincia autonoma di Trento	-
Veneto	137
Friuli-Venezia Giulia	13
Liguria	94
Emilia-Romagna	307
Toscana	192
Umbria	22
Marche	75
Lazio	316
Abruzzo	42
Molise	5
Campania	117
Puglia	68
Basilicata	12
Calabria	51
Sicilia	78
Sardegna	68
Totale	2.000

b.B

Decreto ministeriale 28 settembre 1999
"Programma nazionale per la realizzazione
di strutture per le cure palliative"
(GU n. 55 del 7-3-2000)

D.M. 28 settembre 1999⁽¹⁾.

Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative⁽²⁾

⁽¹⁾ Pubblicato nella Gazz. Uff. 7 marzo 2000, n. 55.

⁽²⁾ Vedi, anche, l'art. 92, comma 17, L. 23 dicembre 2000, n. 388.



IL MINISTRO DELLA SANITÀ

Visto il decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 1999, n. 39, ed in particolare l'art. 1, che prevede che il Ministro della sanità, d'intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, adotti un programma su base nazionale per la realizzazione, in ciascuna regione e provincia autonoma, in coerenza con gli obiettivi del Piano sanitario nazionale, di una o più strutture, ubicate nel territorio in modo da consentire un'agevole accessibilità da parte dei pazienti e delle loro famiglie, dedicate all'assistenza palliativa e di supporto prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di cure finalizzate ad assicurare una migliore qualità della loro vita e di quella dei loro familiari;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni;

Visto l'art. 16, comma 3, della legge n. 109/1994, e successive modificazioni ed integrazioni;

Visto l'art. 2, comma 5, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, e successive modificazioni ed integrazioni;

Visto il decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

Visto il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 288 del 10 dicembre 1998;

Acquisita l'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 5 agosto 1999;

Decreta:

Il testo integrale del "Decreto ministeriale 28 settembre 1999 – Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative (GU n. 55 del 7-3-2000)" è disponibile presso
<https://progettodemetra.it>

b.C

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 20 gennaio 2000
"Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi
per i centri residenziali di cure palliative"
(GU n. 67 del 21-3-2000)

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

20 gennaio 2000

**Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti
strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi
per i centri residenziali di cure palliative.**

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Visto l'art. 1, comma 2 del decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 1999, n. 39, che prevede la definizione, con atto di indirizzo e coordinamento, dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie, nonché le modalità di verifica dei risultati dell'attività svolta, presso le strutture dedicate all'erogazione di cure palliative e di supporto prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di cure finalizzate ad assicurare ad essi e ai loro familiari una migliore qualità di vita;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 42 del 20 febbraio 1997;

Visto l'art. 2, comma 3, lettera d), della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni;

Visti gli articoli 10 e 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

Vista la legge 14 gennaio 1994, n. 20;

Visto l'art. 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, e successive modificazioni;

Visto l'art. 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

Visto il parere del Consiglio superiore di sanità, espresso nella seduta del 23 giugno 1999;

Vista la deliberazione preliminare del Consiglio dei Ministri nella riunione del 15 ottobre 1999;

Acquisita l'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, espressa nella seduta del 4 novembre 1999;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 19 novembre 1999; Sulla proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per gli affari regionali;

Decreta:

Art. 1.

Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento

1. È approvato il seguente atto di indirizzo e coordinamento ed il relativo allegato 1, che ne costituisce parte integrante.

Art. 2.

Centri residenziali di cure palliative

1. Si definiscono centri residenziali di cure palliative le strutture, facenti parte della rete di

Il testo integrale del "Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 20 gennaio 2000 – Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative (GU n. 67 del 21-3-2000)" è disponibile presso <https://progettodemetra.it>



**Le norme sulle CP e sulla TD
in ambito pediatrico
(Accordi CSR 2007-2008)**

b.D

Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato,
le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano 27 giugno 2007
"Cure palliative pediatriche"
(Rep. Atti n. 138/CSR)



Presidenza
del Consiglio dei Ministri

EDIZIONE INFORMATICA PER IL SERVIZIO
TELEGRAFICO, TELEFONICO, TELEVISIVO E TELEFONICO
IN PRESSIONE E FAX (2007)

Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di cure palliative pediatriche.

Rep. Att. n. 38/158 del 27 giugno 2007

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

Nella odierna seduta del 27 giugno 2007:

VISTO l'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che attribuisce a questa Conferenza la facoltà di sancire accordi tra Governo, Regioni e Province autonome, 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-legge 28 dicembre 1998, n. 450, convertito con modificazioni dalla legge 26 febbraio 1999 n. 39, ed in particolare l'articolo 1, che ha previsto l'adozione di un programma su base nazionale per la realizzazione, in ciascuna regione e provincia autonoma, in coerenza con gli obiettivi del Piano sanitario nazionale, di una o più strutture, ubicate nel territorio in modo da consentire un'agevole accessibilità da parte dei pazienti e delle loro famiglie, dedicate all'assistenza palliativa e di supporto prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di cure finalizzate ad assicurare una migliore qualità della loro vita e di quella dei loro familiari;

VISTO il decreto del Ministro della salute del 28 settembre 1999, con il quale è stato adottato il "Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative" per la realizzazione in ciascuna regione o provincia autonoma di una o più strutture sul territorio dedicate all'assistenza palliativa;

VISTO l'accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 19 aprile 2001 che ha approvato il documento di "Linee - guida sulla realizzazione delle attività assistenziali concernenti le cure palliative";

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modifiche e integrazioni, che definisce i Livelli essenziali di assistenza sanitaria garantiti dal Servizio sanitario nazionale, tra cui l'assistenza domiciliare sanitaria e socio-sanitaria ai pazienti terminali, l'assistenza territoriale residenziale e semi residenziale nei centri residenziali di cure palliative a favore dei pazienti terminali, i trattamenti erogati nel corso del ricovero ospedaliero e gli interventi ospedalieri a domicilio;



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

COMITATO INTERMINISTRIALE PER L'ASISTENZA
PALLIATIVA AL MINORE E LE PERSONE AL TERMINE
DI VITA (C.M.I.A.P.)

Premesso che :

- studi epidemiologici condotti su alcune realtà nazionali e ricerche cliniche e organizzative hanno evidenziato che l'assistenza al minore inguaribile (neonato, lattante, bambino ed adolescente) bisognoso di cure palliative è attualmente erogata nella maggior parte dei casi in regime di ricovero ospedaliero in reparti per acuti, sovente in reparti intensivi. Se a domicilio, la gestione spesso ricade sulla famiglia. In tali situazioni vengono impropriamente utilizzate risorse critiche e sostenuti costi sanitari e sociali rilevanti, per fornire un'assistenza alcune volte impropria e non nell'ottica della qualità della vita;
- la letteratura internazionale conferma che il numero di minori eleggibili alle cure palliative è in incremento. Il progresso medico e tecnologico ha infatti permesso una sopravvivenza a neonati, bambini ed adolescenti portatori di malattie altrimenti letali, senza tuttavia consentirne sempre la guarigione. Nuove tecnologie e il miglioramento generale dell'assistenza hanno portato ad allungare progressivamente questa sopravvivenza in malattia. Ciò, congiuntamente con l'aumento del numero di nuovi bambini malati sopravvissuti, ha portato alla crescita della prevalenza di minori bisognosi di cure palliative, anche per un lungo periodo di tempo, e attraverso diverse fasi della vita, dall'infanzia all'adolescenza e da questa all'età adulta. Si è creata pertanto una nuova tipologia assistenziale, con bisogni complessi e necessità di risposte integrate multispecialistiche ed interistituzionali;
- in considerazione di quanto sopra è stata istituita presso il Ministero della salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, una Commissione di esperti sul tema dell'assistenza palliativa pediatrica che ha predisposto un documento dal titolo "Cure palliative rivolte al neonato, bambino e adolescente";
- che, con tale documento, è stato evidenziato come attualmente, in Italia solo una parte minoritaria di pazienti eleggibili può usufruire di cure palliative pediatriche e generalmente per periodi di tempo relativamente limitati. Il principio fondamentale di equità obbliga ad intraprendere ogni possibile azione per riprodurre anche per i minori il percorso positivo che è stato intrapreso per adulti e anziani, per i quali sono stati compiuti enormi sforzi sia dal punto di vista culturale, che da quello programmatico, organizzativo ed assistenziale;
- che, con il richiamato documento, è stato evidenziato come la possibilità di accedere a servizi di cure palliative pediatriche, nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza fissati dal DPCM del 29 novembre 2001, sia quanto mai disomogenea sul territorio nazionale, legata alla patologia in causa, all'età del minore ed al luogo di residenza. In questo quadro, diventa pertanto prioritario che si avvino azioni atte a garantire ai minori con malattia inguaribile, un'assistenza omogenea di cure palliative pediatriche su tutto il territorio nazionale, che, indipendentemente dall'età e dalla malattia, offra competenza



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

COMPARTO ORGANISMO DEL MINISTRO
PER IL SISTEMA DI TUTELA E LE POLITICHE SANITARIE
E PREVENZIONE

multispecialistica, continuità di cure, possibilità di scelta del luogo dove gestire malattia e morte, supporto e condivisione;

- che l'analisi delle esperienze esistenti a livello internazionale e nazionale, e le evidenze desunte dagli studi della letteratura, fanno ritenere indispensabile organizzare le cure palliative pediatriche secondo modelli di rete che comprendano al loro interno risposte residenziali e domiciliari, in grado di integrarsi e di modularsi in momenti diversi del decorso del paziente, privilegiando a seconda delle condizioni e delle situazioni specifiche ora l'una forma o l'altra. La rarità delle situazioni, l'ampia distribuzione sul territorio, la complessità di gestione e disomogeneità dei casi pediatrici, richiede l'organizzazione di una rete (regionale o sovraterritoriale), inserita nelle più ampie reti assistenziali ospedaliere e territoriali, che tiene conto della necessità di provvedere sia ad una assistenza a domicilio del minore, che ad una forma di assistenza residenziale;
- che la diffusione della cultura palliativa anche in ambito pediatrico e neonatale è garanzia di qualità ed appropriatezza di intervento;
- che in Italia anche i bambini con malattia inguaribile e/o terminale (1/3 oncologica - 2/3 non oncologica) hanno necessità di cure palliative pediatriche e debbono essere seguiti da una rete di assistenza che integri risposte territoriali ed ospedaliere il più vicino possibile al luogo di vita del minore;

Il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano convengono che:

1. Le cure palliative pediatriche si sviluppano secondo livelli di diversa competenza ed esperienza professionale specifica che comprendono:
 - un primo livello o approccio palliative, applicato da tutti i professionisti della salute;
 - un secondo livello di cure palliative generali, con professionisti con esperienza e preparazione specifica;
 - un terzo livello o team esperto di cure palliative pediatriche, con equipe multiprofessionali e multidisciplinari.
2. Il team esperto di cure palliative pediatriche, operando all'interno della rete assistenziale, deve essere adeguatamente preparato e supportato a rispondere ai bisogni clinici, emozionali ed evolutivi del bambino e della sua famiglia e, attraverso la rete assistenziale, si attiva per assicurare continuità di presa in carico nelle 24 ore.
3. La rete assistenziale deve garantire a ciascun minore bisogno di cure palliative pediatriche, la risposta ai suoi principali bisogni di salute attuali ed evolutivi e a quelli della famiglia. In particolare devono essere garantite le azioni essenziali nell'ambito del processo



Presidenza
del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA DI PARERE SULLA LEGGE
SULLO STATO, LE REGIONI E LA PROVVISORIA AUTONOMIA
DEI TERRITÓRI E COLTIVATI

di assessment diagnostico e di presa in carico, con la partecipazione attiva nei processi decisionali della famiglia e, per quanto possibile per età e condizioni, del bambino.

4. La cura prestata a domicilio resta per l'età pediatrica l'obiettivo principale da raggiungere. Nonostante ciò, esistono momenti del percorso assistenziale e particolari condizioni transitorie delle famiglie che possono richiedere una soluzione residenziale. In questi casi il luogo di cura deve essere adeguato ad accogliere il minore e la famiglia e il personale specificatamente formato per le cure palliative pediatriche.
5. La realizzazione della rete di cure palliative pediatriche deve avvenire su base regionale o sovraregionale, tenendo conto della necessità di provvedere sia ad una assistenza a domicilio del paziente, che ad una forma di assistenza residenziale.
6. Le Regioni sceglieranno i modelli da adottare, anche in relazione alle caratteristiche dei diversi sistemi sanitari, in cui esse andranno a realizzarsi, tenendo conto della necessità di riorientare l'utilizzo delle risorse al fine di assicurare in ogni Regione lo sviluppo e il coordinamento della rete.
7. Di demandare ad un gruppo tecnico interregionale con rappresentanti del Ministero della Salute la stesura, entro il 31 dicembre 2007, di linee di indirizzo che, partendo dall'analisi dei bisogni e della situazione esistente, definisca i campi di intervento sanitario e sociosanitario e fornisca supporto al processo di implementazione delle cure palliative pediatriche.

IL SEGRETARIO
Avv. Giuseppe Busia

IL PRESIDENTE
On.le Prof. Linda Lanzillotta

b.E

Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato,
le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano 20 marzo 2008
“Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche”
(Rep. Atti n. 113/CSR)



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

UFFICIO DEL PRIMO VICE PRESIDENTE
TRA LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente "Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche".

Rep. Atti n. 137 del 20 marzo 2008

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

Nella odierna seduta del 20 marzo 2008:

VISTI gli articoli 2, comma 1, lett. b) e 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che attribuiscono a questa Conferenza la facoltà di promuovere e sancisce accordi tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di cure palliative pediatriche del 27 giugno 2007 (Rep. atti n. 138), che ha demandato ad un gruppo tecnico interregionale con rappresentanti del Ministero della Salute la stesura di linee di indirizzo che, partendo dall'analisi dei bisogni e della situazione esistente, definiscano i campi di intervento sanitario e sociosanitario e forniscano supporto al processo di implementazione delle cure palliative pediatriche;

VISTA la nota in data 22 febbraio 2008, con la quale il Ministero della salute ha inviato il "Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche", Allegato 1, parte integrante del presente atto, elaborato dal predetto gruppo di lavoro, ai fini del perfezionamento dell'accordo in sede di Conferenza Stato - Regioni;

VISTA la nota in data 5 marzo 2008, con la quale la Regione Toscana, Coordinatrice interregionale in sanità, ha espresso avviso tecnico favorevole;

VISTA la nota in data 19 marzo 2008, con la quale il Ministero dell'economia e delle finanze ha espresso parere favorevole condizionato alla sostituzione, nel testo del documento in parola, del primo periodo del paragrafo 10 con il seguente: "L'organizzazione di una rete di cure palliative pediatriche, necessaria per rispondere correttamente ad un vero bisogno di salute e ad un pieno diritto di una fascia di cittadini, è economicamente sostenibile attraverso una adeguata riallocazione delle risorse, senza determinare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica".



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

GOVERNAMENTO ITALIANO - PRESIDENZA
DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI - DIREZIONE
CENTRALE

ACQUISITO, nel corso dell'adunanza seduta, l'assenso tecnico del Governo e dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul "Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche" di cui all'Allegato 1, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Avv. Giuseppe Busia

IL PRESIDENTE
On.le Prof. Linda Lanzillotta



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI
ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA

DOCUMENTO TECNICO SULLE CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE

1. Premessa

I bambini e i minori possono essere colpiti da malattia inguaribile e, indipendentemente dall'età, sperimentare tutte le problematiche cliniche, psicologiche, relazionali e spirituali che malattia inguaribile e morte comportano. In questo ambito, le cure palliative pediatriche si propongono come strumento adeguato per dare risposte concrete a questi bisogni.

L'OMS definisce inoltre, le cure palliative pediatriche come l'attiva presa in carico globale di corpo, mente e spirito del bambino e comprende il supporto attivo alla famiglia (OMS 1998).

L'obiettivo è migliorare la qualità della vita del piccolo paziente e della sua famiglia, il domicilio rappresenta, nella stragrande maggioranza dei casi, il luogo scelto ed ideale di assistenza e cura.

Le Cure palliative rivolte ai minori presentano, rispetto a quelle dell'adulto alcune peculiarità: devono infatti modularsi alle mutevoli situazioni biologiche, psico-relazionali, sociali e cliniche del paziente pediatrico, rispondere quindi, ad una tipologia e quantità dei bisogni del tutto specifici che condizionano a livello programmatico ed organizzativo, azioni da intraprendere e modelli organizzativi da implementare specifici.

La letteratura internazionale conferma che il numero di minori eleggibili alle cure palliative è in incremento. Il progresso medico e tecnologico consente, infatti attualmente una maggior sopravvivenza di neonati, bambini, adolescenti portatori di malattie altrimenti rapidamente letali: questo ha determinato il crearsi di una nuova tipologia assistenziale, con bisogni complessi e necessità di risposte integrate multispecialistiche ed interistituzionali.

Attualmente, in Italia, nella maggior parte dei casi, l'assistenza a questi pazienti è erogata in regime di ricovero ospedaliero, frequentemente in reparti intensivi. L'assistenza in regime residenziale dedicato alle cure palliative rappresenta una risposta migliorativa e più adeguata alle esigenze della fase avanzata e/o terminale di malattia.

A livello nazionale gli interventi palliativi rivolti ai minori, sono limitati ad esperienze isolate, le motivazioni che hanno portato e condizionano il persistere di tale situazione sono molteplici: la complessità stessa del problema (date le caratteristiche dei pazienti, delle patologie in causa e delle situazioni che generano), carenza di formazione, fattori culturali e sociali e difficoltà organizzative ed economiche. Attualmente in Italia, solo una parte minoritaria di pazienti eleggibili, può usufruire di cure palliative pediatriche e generalmente per periodi di tempo relativamente limitati. Il principio fondamentale di equità obbliga ad intraprendere ogni possibile azione per riprodurre anche per i minori il percorso positivo che è stato intrapreso per adulti e anziani, per i quali sono stati compiuti enormi sforzi sia dal punto di vista culturale, che da quello programmatico, organizzativo ed assistenziale. L'analisi delle esperienze esistenti a livello internazionale e nazionale, e le evidenze desunte dagli studi della letteratura, fanno ritenere indispensabile organizzare le cure palliative pediatriche, secondo modelli di rete che comprendano al loro interno risposte residenziali e domiciliari, in grado di integrarsi e di modularsi in momenti diversi del decorso del paziente, privilegiando a seconda delle condizioni e delle situazioni specifiche ora l'una forma ora l'altra.

Il presente documento, in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 27 giugno 2007, si propone di offrire elementi utili allo sviluppo di programmi regionali di diffusione delle cure palliative pediatriche, in coerenza con il DPCM del 29 novembre 2001.

2. Criteri di eleggibilità

L'assenza di terapia volta alla guarigione, la presenza di bisogni complessi che richiedono risposte multispecialistiche ed il rischio di morte, costituiscono gli elementi che motivano l'attivazione di cure palliative pediatriche, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita del piccolo paziente e dei familiari. La definizione dei criteri di eleggibilità, è per il bambino più complesso rispetto all'adulto, sia per la specificità delle patologie sia per l'approccio terapeutico che muta in relazione

1/29
gh

all'accrescimento e al periodo evolutivo, nonché per l'estrema difficoltà a individuare sempre un criterio temporale quale elemento indicativo di eleggibilità.

La letteratura propone quattro categorie diverse di condizioni cliniche dei bambini con patologie inguaribili eleggibili alle cure palliative ciascuna richiede interventi diversificati e specifici:

1. Condizioni a rischio di vita per le quali i trattamenti curativi possono essere possibili ma potrebbero fallire. Le cure palliative possono essere necessarie durante i periodi di prognosi incerta e quando i trattamenti falliscono (per esempio neoplasie, insufficienza d'organo irreversibile).
2. Condizioni in cui possono persistere lunghi periodi di trattamento intensivo mirato a prolungare la sopravvivenza e permettere la partecipazione nelle attività infantili, ma la morte prematura è ancora possibile (per esempio fibrosi cistica).
3. Bambini con malattie degenerative neurologiche e metaboliche, patologie cromosomiche e geniche, in cui l'approccio sin dalla diagnosi è esclusivamente palliativo (per esempio trisomia 13, 18, atrofia muscolare spinale).
4. Bambini con gravi patologie irreversibili, che causano disabilità severa, e morte prematura (per esempio paralisi cerebrale severa, disabilità per sequele di danni cerebrali e/o midollari).

Concetto molto importante è la necessità di distinguere le cure palliative dalle cure terminali (o di fine vita). le cure terminali si riferiscono alla presa in carico di bambino e genitori nel periodo strettamente legato all'evento della morte (settimane, giorni, ore). Le cure terminali non sono le cure palliative, ma le cure palliative comprendono le cure della terminalità.

3. Stima del bisogno assistenziale

In *Allegato 1*, le fonti nazionali ed internazionali, da cui si evince la stima dei bisogni assistenziali. Gli studi di mortalità rappresentano un importante strumento di conoscenza, su cui basare l'identificazione degli obiettivi e delle priorità della politica sociale e sanitaria. Tali studi evidenziano una mortalità, pari a 0,8-1/10.000 minori che necessitano di Cure palliative pediatriche 0-17 anni /anno per ogni Regione. Per quanto riguarda la prevalenza, di minori con necessità di Cure palliative pediatriche, i dati della letteratura propongono delle stime anche 10 volte la mortalità, pari quindi a 10 per 10.000 minori 0-17 anni.

La stima dei bisogni assistenziali, risente logicamente dal target di bisogno che si valuta.

4. Proposte attuative

La stima della popolazione pediatrica candidata alle cure palliative e le esperienze attualmente in corso a livello nazionale ed internazionale (in *Allegato 2*), suggeriscono, come risposta alle esigenze assistenziali di cure palliative rivolte al minore, l'attivazione di un Centro di riferimento

di Cure Palliative Pediatriche (CPP), con personale specificamente formato e dedicato alle cure palliative pediatriche e un ampio bacino di utenza (anche regionale o sovraregionale), che sostiene una rete di cure palliative pediatriche (composta, dai servizi ospedalieri e dai servizi territoriali sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali), prevedendo, ove necessario, la residenzialità in ambiente dedicato e protetto, anche attraverso l'istituzione di un Centro Residenziale di Cure palliative pediatriche

Il Ministero della Salute e le Regioni condividono la tutela completa del minore con malattia inguabile e della sua famiglia, avendo come obiettivo principale la permanenza del bambino nel lungo abitoale di vita e laddove la situazione clinica e/o il contesto familiare non lo consentano, di proseguire le cure anche in regime residenziale.

5. Criteri di accesso

La presa in carico da parte del CPP di un minore, viene definita sulla base di strumenti condivisi di valutazione clinico-assistenziale e di analisi/valutazione del contesto familiare e sociale

Tale valutazione può essere attribuita alla pertinenza della Unità di valutazione multidimensionale e pluriprofessionale, coadiuvata dal medico del Centro di riferimento di Cure palliative pediatriche.

6. Formazione

La limitata numerosità dei pazienti, l'ampia distribuzione e la complessità di gestione, pongono alcuni problemi sulla modalità di fornire formazione in cure palliative pediatriche

Infatti, se da un lato l'approccio palliativo, deve far parte di un bagaglio formativo comune a tutti gli operatori della salute e richiede pertanto una formazione di base continua all'interno dei programmi specifici per professionalità, le cure palliative pediatriche generali, interessano un numero più limitato di operatori chiamati alla presa in carico, sia livello residenziale che domiciliare. Per questi operatori, che nel loro percorso professionale vedono un numero limitato di pazienti con patologie diverse difficilmente omologabili per sintomi, evoluzione e bisogni, gioca un ruolo preminente la formazione sul caso specifico.

Il personale esperto in cure palliative pediatriche, che lavora presso i Centri di riferimento di Cure palliative pediatriche richiede una preparazione specifica nei diversi ambiti di professionalità che, inguabilità e morte definiscono (clinico, psicologico, sociale, organizzativo, spirituale, etico).

La condivisione di programmi, obiettivi e modalità di gestione, fra il personale esperto in cure palliative pediatriche ed i professionisti di tutta la rete, diventa lo strumento insostituibile per la immediata ricaduta della formazione sulla qualità della assistenza e quindi della vita del paziente e della sua famiglia.

Il Ministero della Salute e le Regioni si impegnano, a promuovere programmi di formazione permanente in Cure palliative e terapia antalgica in ambito pediatrico e, ad implementare l'integrazione, fra territorio, ospedale e Centro di riferimento di Cure palliative pediatriche, in un percorso continuo di abilitazione, tutoraggio e delega condivisa.

7. Aspetti sociali

Essere bambino con malattia inguaribile, pone alle volte molti limiti sulle possibilità che il piccolo ha nel fare quello che normalmente un bambino di pari età fa, ma certamente non toglie né modifica i diritti che in quanto persona, in quanto bambino gli debbono essere riconosciuti.

Questi minori infanti presentano il diritto di continuare a crescere per quanto possibile, e di confrontarsi con le diverse fasi di sviluppo psicologico, relazionale, emozionale e sociale che l'età pediatrica ed adolescenziale comportano.

Regioni e il Ministero della Salute si impegnano ad attivare programmi assistenziali socio-sanitari, che favoriscano l'integrazione sociale del bambino, sia a livello scolastico che ludico, promuovano interventi di counselling socio-assistenziale di supporto, anche con rivalutazione dei riconoscimenti economici alla famiglia.

8. Ricerca

La ricerca rappresenta una fase indispensabile nella proposta di un programma di sviluppo delle Cure Palliative. Per quanto riguarda la rete pediatrica molti sono i campi che tuttora necessitano di indagine e ricerca: i temi principali riguardano gli ambiti clinici ed organizzativi.

E' importante che Regioni e Ministero della Salute, individuino, nei propri ambiti di ricerca, uno spazio per le Cure palliative pediatriche.

9. Informazione

Nel nostro contesto culturale, malattia grave e morte di un bambino sono percepiti come qualcosa di iniquo e profondamente ingiusto, e l'informazione a riguardo è quanto mai carente e negata.

Questo silenzio, è un fattore limitante lo sviluppo delle cure palliative in generale e pediatriche in particolare. Il non sapere, il non conoscere, limita e blocca la richiesta da parte di chi ne ha bisogno e diritto, e condiziona lo scarso sviluppo (a tutti i livelli) di professionalità competenti e riconosciute.

L'attuazione condivisa fra Ministero della Salute e Regioni, di programmi di informazione/formazione sul tema, per cittadini ed operatori, rappresenta uno strumento

indiscutibile per promuovere e mantenere quel cambiamento culturale necessario per la realizzazione delle cure palliative pediatriche.

10. Aspetti economici

L'organizzazione di una rete di cure palliative pediatriche, necessaria per rispondere correttamente ad un vero bisogno di salute e ad un pieno diritto di una fascia di cittadini, può essere economicamente sostenibile attraverso una adeguata riallocazione delle risorse.

Ciò è tanto più vero per il paziente pediatrico rispetto all'adulto, in quanto l'attitudine a ricorrere all'ospedale e all'interno di esso a reparti e trattamenti intensivi, è molto più accentuata quando il paziente è un minore. In questi casi spesso il confine tra il trattamento e l'accanimento è assai labile, sia per i curanti sia per i familiari, ciò a causa di un intreccio di condizioni, che vanno dalla difficoltà di accettare inguaribilità e morte di un minore ed alle carenze legislative e normative al riguardo.

Pertanto un adeguato riorientamento dell'uso dei servizi e dell'allocatione delle risorse potrebbe rendere il progetto di rete di cure palliative pediatriche economicamente sostenibile, fermo restando l'investimento iniziale per la realizzazione delle strutture e per l'avvio del programma di cure palliative domiciliari.

È importante che le Regioni promuovano, studi e valutazioni per l'ottimizzazione d'uso delle risorse, e nel contempo si impegnino ad usare almeno il 20% dei fondi previsti per le cure palliative all'art. 2, comma 280, lettera b) della Legge n. 244 del 24 dicembre 2007, per l'area pediatrica.

11. Monitoraggio

Nella prima fase, di implementazione della rete, si conviene di utilizzare come sistema di monitoraggio, il primo degli indicatori proposti nel Documento tecnico sulle cure palliative rivolte al neonato, bambino ed adolescente del dicembre 2006.

Standard qualitativi

1. Deliberazione e implementazione di programmi per la realizzazione di una rete di assistenza domiciliare e residenziale integrata specifica per la cura palliativa pediatrica.

(Valore soglia: 1).

Bibliografia

1. World Health Organization. *Cancer pain relief and palliative care in children*. Geneva: WHO, 1998
2. Goldman A, Hain R, Liben S. *Oxford Textbook of Palliative Care for Children*. Oxford University Press, New York, 2006
3. Graig F, Abu-Saad H, Benini F, Kuttner L, Wood C, Zernikow B. IMPaCCT: standards for paediatric palliative care in Europe. *EJPC* 2007; 14 (3): 109-114
4. American Academy of Pediatrics. *Palliative care for children*. *Pediatrics* 2000; 106: 351-357
5. *When children die: improving palliative and end of life care for children and their families*. Institute of Medicine of the National Academies, 2003
6. Goldman A. ABC of palliative care: special problems of children. *Br Med J* 1998; 316: 49-52.
7. Association for Children with Life-Threatening or Terminal Conditions and their Families (ACT) and the Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH), 2003, Bristol, UK
8. Department of Health and Children (2005) *A Palliative care needs assessment for Children*. Stationery Office: Dublin
9. Department of Health and Children (2001) *Report of the National Advisory Committee on Palliative Care*, Stationery Office: Dublin
10. McCallum D E, Byrne P, Bruera E. How children die in hospital. *J Pain Symptom Manage* 2000; 20: 417-422.
11. Maguire, H (2000) *Assessment of Need Of Life-limited Children in Northern Ireland*. Northern Ireland Hospice Children's Service: Belfast
12. Soetier J, Bond S and Craft A. (1994) *Families of Misfortune: Proposed strategy in the Northern Region for the care of children with life threatening illnesses, and their families*, Department of Child health and centre for Health Services Research, University of Newcastle upon Tyne
13. Breau LM, Camfield CS, McGrath PJ, Finley GA. The incidence of pain in children with severe cognitive impairments. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003; 157:1219-26
14. Wolfe J, Grier HE, Klar N, Levin SB, Ellenbogen JM, Salem-Schatz S, Emanuel EJ, Weeks JC. Symptoms and suffering at the end of life in children with cancer. *N Engl J Med* 2000; 342:326-33
15. Zernikow B, Schiessl C, Wameler C, Janssen G, Griessinger N, Fongler R, Nauck F. Practical pain control in pediatric oncology. Recommendations of the German Society of Pediatric Oncology and Hematology, the German Association for the Study of Pain, the German Society of Palliative Care, and the Vodafone Institute of Children's Pain Therapy and Palliative Care. *Schmerz* 2006; 20:24-39

16. A guide to the development of children's palliative care services. London: Association for Children with Life Threatening or Terminal Conditions and their Families, Royal College of Paediatrics and Child Health, 2003.
17. Himmelstein B, Hilden J, Boldt A, Weissman D. Pediatric palliative care. *N Engl J Med* 2004; 350:1752-62.

Allegato 1: I Bisogni

La letteratura internazionale evidenzia da più parti, che il numero di minori eleggibili alle cure palliative è in incremento. Il progresso medico e tecnologico ha infatti permesso una sopravvivenza a neonati, bambini ed adolescenti portatori di malattie altrimenti letali, senza tuttavia consentire sempre la guarigione. Nuove tecnologie e il miglioramento generale dell'assistenza hanno portato ad allungare progressivamente questa sopravvivenza in malattia. Si è creata pertanto una nuova tipologia assistenziale, con bisogni complessi e necessità di risposte integrate multispecialistiche ed interistituzionali.

Per stimare l'utenza potenziale di minori che necessitano di Cure palliative, si richiamano i seguenti studi.

- L'analisi eseguita dall'Association for Children With Life Threatening of Terminal conditions and Their Families e dal Royal College of Pediatrics and Children Health, in Inghilterra, che ha evidenziato una mortalità annuale da patologie inguaribile pari a 1 su 10.000 bambini da 1 a 17 anni, ed una prevalenza di patologie inguaribili, nella stessa fascia d'età, pari a 10 su 10.000 minori. Il 30% di questi bambini sono oncologici, il restante 70% è costituito da una miscelanea di patologie, dove un ruolo preminente giocano le malattie neurodegenerative, metaboliche e genetiche.

- Studio del Ministero della Salute, in fase di pubblicazione, eseguito in collaborazione con l'ISTAT, ha evidenziato che in Italia muoiono ogni anno circa 1.100 - 1.200 bambini (0-17 anni) con malattia inguaribile - terminale (1 su 10.000). Di questi il 40% muore a casa, la percentuale è lievemente maggiore in caso di patologia oncologica (41%) rispetto a quella non oncologica (38%). Notevole la variabilità di percentuale di morte a domicilio a seconda della regione italiana di appartenenza: dal 60-70% nelle regioni del Sud al 10-15% nelle regioni del Nord.

Riguardo alla prevalenza, un'analisi eseguita sulle Schede di Dimissione Ospedaliera di tre anni (2002- 2004), ha confermato la presenza sul territorio nazionale di 11.000 bambini eleggibili alle Cure Palliative pediatriche, confermando peraltro, i dati presenti in letteratura internazionale (10 bambini /10.000).

Studio sulla prevalenza di malattia inguaribile pediatrica eleggibile a CPP (definizione condivisa con la letteratura di ICD9) eseguito in Veneto sulle SDO di 5 anni (2001-2005) ha evidenziato un dato pari a 10 su 10.000 minori di età compresa fra 0-17 anni. Lo stesso dato è stato confermato da un'analisi eseguita sulle Schede di Dimissione Ospedaliera di tre anni di tutta l'Italia (2002- 2004).

- Studio della Regione Emilia-Romagna effettuato su un'analisi della mortalità come possibile indicatore di fabbisogni e utenza potenziale di cure palliative rivolte ai minori (0-17 anni). Lo

studio è stato condotto su un periodo di 5 anni, in modo da evitare per quanto possibile, le variazioni dovute all'esiguità del numero dei casi. Sono stati analizzati i dati relativi ai decessi nel periodo 2002/2006, per tutte le grandi cause di morte, escludendo i traumatismi e le malattie infettive. Nel quinquennio in esame i decessi sono stati 230 con un tasso medio annuale pari a 0,76/10.000. Nello stesso periodo la mortalità per tumore con 112 casi nel quinquennio rappresenta il 49% (112/230) dei casi, le malattie non oncologiche che possono dar luogo alla fase terminale comprendono le malattie del sistema nervoso, le malformazioni congenite e altre patologie. Laddove l'analisi dell'Emilia-Romagna comprende anche le cause perinatali il tasso si aggira attorno al valore di 1,2/10.000 con una mortalità proporzionale per tumore pari al 30%.

Attualmente, in Italia, nella maggior parte dei casi, l'assistenza a questi pazienti è erogata in regime di ricovero ospedaliero in reparti per acuti, frequentemente in reparti intensivi. Se a domicilio, la gestione spesso ricade per gran parte, sulla famiglia. Pochissime le esperienze pilota di reti di cure palliative pediatriche, modellate specificatamente per dare risposte ai bisogni dei bambini con malattia inguaribile e delle loro famiglie.

In realtà la possibilità di accedere a servizi di cure palliative pediatriche, da parte di un minore malato, è quanto mai limitata e disomogenea sul territorio nazionale, legata alla patologia in causa, all'età del paziente ed al luogo di residenza.

Riguardo alla tipologia dei bisogni presentati dai minori eleggibili alle cure palliative e dalle loro famiglie, negli ultimi anni, alcune indagini, a livello internazionale e nazionale, hanno fornito importanti informazioni, riguardo ai bisogni del bambino e della sua famiglia in cure palliative pediatriche, dell'equipe sanitaria di riferimento e delle istituzioni, mostrando, nonostante le diversità geografiche, culturali, organizzative e sociali, una sorprendente omogeneità di risultati:

- Le famiglie vogliono che il loro bambino sia curato a casa e vi rimanga fino alla morte
- Il bambino vuole rimanere a casa
- Le risorse dedicate attualmente alle cure palliative pediatriche sono inadeguate
- La disponibilità di servizi di "sollievo" è essenziale e per ora inadeguata
- L'accessibilità ad eventuali servizi di cure palliative pediatriche è spesso determinata dal luogo dove il bambino vive e dal tipo di patologia
- La comunicazione fra i vari professionisti che seguono un bambino con malattia inguaribile è povera e deve essere implementata
- Vi è un urgente bisogno di formazione per i professionisti e volontari coinvolti nella presa in carico del bambino e della sua famiglia.

Pochi e limitati come ambito di ricerca (gruppi specifici di patologia) sono le ricerche relative all'impatto sociale (familiare ed extrafamiliare) della malattia inguaribile pediatrica, tuttavia alcuni dati sono quanto mai indicativi: più del 70% delle madri smettono di lavorare, nel 30% dei casi il padre è costretto a cambiare lavoro, in un terzo dei casi la famiglia si rompe e nel 50% la famiglia è costretta a cambiare progetti e programmi futuri. Importante e confermato da più parti in letteratura, è l'alto prezzo pagato dai fratelli del minore malato: problemi relazionali, scolastici, sociali che durano lungo tempo anche a distanza dal decesso.

Allegato 2. Alcune esperienze assistenziali attualmente in corso a livello internazionale ed in Italia

Varie esperienze sono state condotte in diversi Paesi e in alcune realtà italiane, per dare risposta organizzata e continua, ai bisogni di Cure Palliative Pediatriche. Tutte si fondano sulla attuazione e/o diversa integrazione di quattro diverse risposte assistenziali, due residenziali e due domiciliari:

1. *Cure palliative pediatriche residenziali*, effettuate in strutture specifiche per bambini inguaribili, (hospice o home in hospital, case dedicate a pazienti con patologie specifiche e situate vicino ai reparti ospedalieri di degenza per acuti), o nei reparti di degenza per acuti,
2. *Cure palliative pediatriche domiciliari* dove il minore è seguito a domicilio da una équipe ospedaliera (ospedalizzazione a domicilio), o da una équipe territoriale o mista (ospedale-territorio) (Assistenza Domiciliare Integrata - ADI).

Nessuno fra questi è il modello ideale, tutti presentano nella realtà applicativa, vantaggi e problemi. Proprio perché nessuna delle opzioni organizzative teoriche è scevra di limiti, quasi tutti i modelli assistenziali di cure palliative pediatriche attualmente in corso, hanno utilizzato una combinazione delle quattro opzioni sopra descritte, considerandole quasi moduli organizzativi da utilizzare congiuntamente in una rete assistenziale, dove le diverse Istituzioni sanitarie e non, si integrano in momenti diversi del decorso del paziente, privilegiando a seconda delle condizioni e delle situazioni specifiche, ora l'una forma ora l'altra.

Molte esperienze internazionali, propongono l'organizzazione di un Centro di eccellenza di riferimento e di una rete di cure palliative pediatriche su macroarea. La rete è costituita dal centro specialistico coordinatore che lavora in stretta collaborazione e condivisione alle più ampie reti assistenziali ospedaliere e territoriali. Questo permette di affrontare in maniera competente, rispettosa dei bisogni del paziente e della famiglia, realistica e concreta nelle possibilità di attuazione, le problematiche (quali la rarità delle situazioni, l'ampia distribuzione sul territorio, la disomogeneità dei casi, la complessità di gestione e la molteplicità dei bisogni), insite nella inguaribilità/terminalità pediatrica.

Valida è l'esperienza della rete di hospice integrati e legati ad assistenze domiciliari satellite, che si sta svolgendo attualmente negli Stati Uniti, in un ambito territoriale molto vasto che comprende una serie di Stati e che copre una ampia popolazione.

Analogamente l'esperienza Australiana ha evidenziato come, i centri di riferimento per cure palliative pediatriche specialiste, con sedi generalmente in pochi hospice pediatrici, lavorando in stretto contatto con medici pediatrici territoriali, ospedalieri e servizi periferici, riescano a gestire a domicilio malati molto complessi, richiedenti cure palliative ad alto livello assistenziale. In questo

caso, spesso il diretto collegamento telematico tra domicilio e centro ha facilitato e a volte permesso la permanenza a casa del bambino.

Anche in Italia alcune esperienze regionali stanno dimostrando la fattibilità e la bontà di modelli assistenziali basati sull'organizzazione a rete dei servizi, comprendenti un livello di cure specialistiche e livelli di cure intermedie.

In Lombardia possono essere citate, a titolo esemplificativo, alcune esperienze in atto: presso l'Università Milano-Bocconi, sede ospedale S. Gerardo di Monza, si sta conducendo un'esperienza di cure palliative pediatriche rivolte a minori con patologia ematologica terminale. La gestione domiciliare del minore avviene attraverso un sistema di consulenza e reperibilità telefonica. L'area coperta da tale servizio comprende la città di Monza e le zone limitrofe per un raggio di 50 km. All'Ospedale dei Bambini Buzzi di Milano è in fase di implementazione una collaborazione tra intensivisti di area pediatrica e la rete di Cure Palliative per adulti, supportate dall'ASL milanese per quanto concerne fornitura di apparecchiature e tecnici a domicilio. Il programma prevede la dimissione "progetta" di bambini con gravi patologie irreversibili e quindi con bisogni complessi quali ventilazione invasiva e non-invasiva, terapia del dolore, alimentazione enterale/parenterale, fisioterapia, ecc. Le patologie seguite sono molteplici: malattie neurodegenerative, metaboliche, genetiche, paralisi cerebrali, displasie polmonari ed altre insufficienze d'organo connessi alla aumentata sopravvivenza di neonati gravemente pretermine. L'Ospedale dei Bambini Buzzi di Milano offre una risposta multi-disciplinare specialistica ai numerosi bisogni di questi bambini (anestesisti/intensivisti, terapisti del dolore, pediatri, neurologi, ortopedici, cardiologi, radiologi tutti di area pediatrica). La continuità assistenziale avviene attraverso brevi ricoveri, ambulatori dedicati, reperibilità telefonica, consulenze specialistiche ma soprattutto assistenza a domicilio.

Presso gli Ospedali Riuniti di Bergamo all'interno dell'attività di "routine" della USC di Cure palliative e Terapia del Dolore è presente una micro-équipe: 1 medico e 2 infermiere professionali che dal maggio 2005 rivolge la propria attenzione sia lavorativa che formativa in ambito di cure palliative pediatriche. Il medico partecipa settimanalmente alle riunioni di équipe dell'Oncologia pediatrica e collabora strettamente con la Terapia Intensiva Pediatrica, prestando inoltre consulenza medico palliativa sia per l'ASL di Bergamo specificamente per il settore pediatrico per tutta la provincia. L'attività è finalizzata a sostenere la domiciliare azione senza escludere, laddove ci sia un bisogno, l'accoglienza di bambini e delle loro famiglie presso l'Hospice per adulti, adibendone una parte al bisogno e personalizzando al massimo in base alle specifiche esigenze.

Presso la Struttura di Oncologia Pediatrica della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori annualmente sono effettuate 180-200 nuove diagnosi di tumore solido dell'infanzia e dell'adolescenza. Il 60% dei pazienti risiede in Lombardia. Gli attuali programmi di cura

consentono una lunga sopravvivenza e il 70-75% dei pazienti è vivo a 5 anni dalla diagnosi. Le percentuali di sopravvivenza sono in relazione all'istotipo (90% sopravvivenza nel nefroblastoma, 30% per neuroblastoma stadio IV).

Nell'esperienza INT i pazienti vengono seguiti in tutte le fasi della progressione di malattia, compresa la fase della terminalità.

Dal 2002 sono disponibili i dati di mortalità annua della casistica per le differenti patologie oncologiche e le modalità di gestione della palliazione e della terminalità dei pazienti in cura presso la Fondazione.

Nel 2006 29 su 47 bambini e adolescenti in fase terminale (61% del totale) sono stati presi in carico con approccio multidisciplinare dalla équipe (pediatri oncologi, chirurghi, radioterapista, psicologi, équipe infermieristica) della se Pediatria. Dodici pazienti su 47 (26%) sono stati curati presso il domicilio, in collaborazione con i servizi di cure palliative/assistenza domiciliare del territorio e 4 sono stati affidati a hospice dell'adulto. La maggior parte dei pazienti (23/47 - 49%) è deceduta a domicilio, il 43% (20/47) in altre strutture ospedaliere, 4 presso INT e 4 presso hospice. Rispetto agli anni precedenti in cui l'exitus avveniva nel 30% dei casi presso INT, la percentuale dell'evento è stata nettamente inferiore.

La SC Pediatria è impegnata a sostenere una maggiore integrazione e collaborazione con le strutture disponibili sul territorio.

In Campania è attiva da molti anni l'assistenza domiciliare dei bambini con insufficienza respiratoria prestata dai medici e gli infermieri della Rianimazione dell'AORN "Santobono-Pausilipon" di Napoli. Questi pazienti, una volta dimessi dalla Rianimazione, dove sono spesso a lungo degeni, vengono seguiti a domicilio in regime di Assistenza Domiciliare Integrata secondo una convenzione stipulata con le strutture territoriali competenti. Tale assistenza viene prestata prevalentemente nella provincia di Napoli. Inoltre il Servizio di Terapia del Dolore e Cure Palliative della stessa Azienda offre ai bambini che necessitano di Cure Palliative: attività di consulenza ambulatoriale ed assistenza telefonica, ricovero ospedaliero in regime ordinario, ricovero in Day Hospital, con possibilità di eseguire consulenze specialistiche e trattamenti diagnostico-terapeutici. In alcuni casi è stata prestata attività specialistica di tipo palliativo ad integrazione della assistenza offerta dalle strutture territoriali.

In Emilia-Romagna si sono diffusi a partire dall'ambito delle oncematologie pediatriche, modelli assistenziali attenti alla multidimensionalità dell'intervento e a prendersi cura del bambino e della famiglia con percorsi di integrazione con i servizi di assistenza territoriale.

In ambito pediatrico, per l'assistenza al bambino cronico si è attuato il modello di presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale con percorsi integrati tra i diversi servizi territoriali e ospedalieri, in particolare per quanto attiene la valutazione multidimensionale dei bisogni, la continuità assistenziale e la facilitazione dell'accesso alle prestazioni socio-sanitarie.

Nel Lazio sono in atto due esperienze di "Home in Hospital" per l'erogazione di Cure Palliative Pediatriche a bambini con bisogni complessi. Sono stati attrezzati all'interno dell'Ospedale Grassi di Ostia e dell'Ospedale di Fondi, ambienti dedicati, completamente indipendenti dall'Ospedale, ma amministrativamente dipendenti dal CAD del territorio di appartenenza, che stanno fornendo risultati estremamente soddisfacenti sia per il bambino che per la famiglia.

L'equipe multiprofessionale di Cure Palliative Pediatriche è fornita da Cooperative accreditate, mentre il Case Manager è il direttore responsabile del CAD.

In Liguria, nella città di Genova, si sta conducendo un'esperienza di ospedalizzazione domiciliare per pazienti emato-oncologici, gestita da un'equipe specialistica medico-infermieristica dell'Istituto G. Gaslini. L'area coperta da tale servizio comprende tutta la città di Genova e le zone limitrofe per un raggio di 50 km circa.

In Piemonte si sta conducendo un'esperienza di Rete per l'assistenza domiciliare dei bambini con insufficienza respiratoria. Tale Rete, a diffusione regionale, si basa sul principio della presa in carico globale e continua dell'individuo e consente l'ottimizzazione delle risorse umane e materiali dedicate all'insufficienza respiratoria, contribuendo a migliorare gli standard dei servizi erogati e ad agevolare i percorsi di diagnosi e cura. Questa Rete si espande in tutto il territorio coinvolgendo i Centri di Riferimento Regionali (ASO OIRM/S. Anna, ASO S. Giovanni Battista di Torino e ASO CTO-CRF-Maria Adelaide di Torino), gli Ospedali Provinciali e Periferici, il 118 e la Medicina del Territorio (Pediatra di Libera Scelta, Medici di Medicina Generale, Cure Domiciliari). In questo ambito le diverse figure professionali hanno aderito e sono state formate ad una prassi operativa concordata che è stata in seguito approvata a livello regionale. Sono state così adottate le "Linee Guida per la Ventilazione Meccanica Domiciliare e le Dimissioni Protette del Paziente Pediatrico con Insufficienza Respiratoria Cronica". Attualmente si sta lavorando per fornire un appoggio sociale alle famiglie con queste situazioni e alla cartella sanitaria individualizzata.

Il modello Toscano fa riferimento alla rete di cure palliative dell'adulto che, di volta in volta si integra con i centri pediatrici. Il collegamento tra palliativisti dell'adulto e bambino sono il pediatra di famiglia e il centro ospedaliero di Terapia del dolore e Cure palliative dell'AOU Meyer di Firenze che coordina l'attività dalla presa in carico fino alle fasi finali della vita del piccolo paziente sia in ospedale che a domicilio.

In Veneto è stata invece privilegiata la strutturazione di una Rete regionale di Cure Palliative Pediatriche, che vede in un hospice pediatrico, localizzato a Padova, il Centro di riferimento specialistico regionale. L'equipe multiprofessionale di Cure Palliative Pediatriche del centro, offre reperibilità continuativa, supervisione, formazione e presa in carico integrata con i servizi territoriali ed ospedalieri, dei minori con patologia oncologica e non oncologica bisognosi di cure palliative in tutta la Regione.

Solo due Regioni attualmente in Italia, hanno una normativa relativa alle Cure Palliative Pediatriche; in una (Veneto), si trova l'unico Hospice pediatrico italiano, specificatamente dedicato al minore.



**Documenti di riferimento
per lo sviluppo delle reti
di CP e TD (2002, 2006, 2015).**

b.F

Documento conclusivo del Comitato Ospedalizzazione Domiciliare
"Caratterizzazione dei Servizi di Cure Domiciliari", 30 settembre 2002

Comitato Ospedalizzazione Domiciliare

DOCUMENTO CONCLUSIVO

Caratterizzazione dei Servizi di Cure Domiciliari



Roma, 30 settembre 2002

*Il testo integrale del "Documento conclusivo del Comitato Ospedalizzazione Domiciliare
"Caratterizzazione dei Servizi di Cure Domiciliari", 30 settembre 2002"
è disponibile presso <https://progettodemetra.it>*

b.G

Documento della Commissione nazionale
per la definizione e l'aggiornamento dei LEA
"Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare
e degli interventi ospedalieri a domicilio", 2006



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI
ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA

Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza

Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio

La Commissione nazionale Lea ha istituito al suo interno un apposito sottogruppo con il mandato specifico di approfondire l'analisi delle attività assistenziali svolte in regime domiciliare, residenziale, semiresidenziale e di ospedalizzazione domiciliare. Il mandato precisa che "L'analisi sarà volta a caratterizzare i diversi percorsi di cura definiti, per ciascun regime di erogazione, in base alla natura del bisogno e del livello di intensità dell'assistenza, attraverso l'individuazione delle prestazioni o dei "pacchetti prestazionali" appropriati, delle diverse figure professionali coinvolte, della presumibile durata dell'intervento (comma 2 dell'art.2 del DPCM 14.02.2001). Il prodotto del lavoro dovrà consentire di specificare il contenuto dei relativi livelli di assistenza in termini prestazionali e di fornire elementi utili per la definizione di standard (qualitativi e quantitativi) e per la formulazione di ipotesi sulla remunerazione dell'attività."

La decisione di istituire il sottogruppo scaturisce direttamente dalle riflessioni contenute nel primo documento approvato dalla Commissione Lea, che evidenzia come "Le voci riportate sotto ciascuno dei tre livelli" identificati dal d.P.C.M. "individuano per lo più attività/servizi, le cui prestazioni non sono in gran parte codificate, o almeno non lo sono in maniera sufficientemente dettagliata.

Per arrivare alla individuazione delle prestazioni contenute nei Livelli essenziali, sarebbe quindi necessario:

- Identificare all'interno dei livelli la gamma delle attività/servizi che debbono essere organizzati per rispondere a ben definite finalità;
- Individuare nell'ambito di tali attività/servizi le singole prestazioni erogabili."

Tale processo, (...), è attualmente possibile, in modo puntuale e circoscritto, solo in determinati ambiti, come nel caso delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale; in altre circostanze, invece, la variabilità determinata dall'adozione di specifici criteri ed adeguate metodologie amplia notevolmente il concetto di prestazione erogabile, ed è quanto avviene per le prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di ricovero.

Molto meno inquadrabili appaiono attualmente le prestazioni sanitarie riferibili a molte attività che ricadono negli attuali livelli di assistenza, in particolare per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, ma anche nell'assistenza distrettuale e

Il testo integrale del "Documento della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio", 2006" è disponibile presso <https://progettodemetra.it>

b.H

Documento di consenso "Percorso integrato per la presa in carico della persona
in condizioni di cronicità complesse e avanzate con bisogni di cure palliative",
Conferenza di consenso, Firenze 27 giugno 2015



DOCUMENTO DI CONSENSO

PERCORSO INTEGRATO PER LA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA 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

Il testo integrale del "Documento di consenso 'Percorso integrato per la presa in carico della persona in condizioni di cronicità complesse e avanzate con bisogni di cure palliative', Conferenza di consenso, Firenze 27 giugno 2015" è disponibile presso <https://progettodemetra.it>

Capitolo

C

IL PERCORSO PER IL RICONOSCIMENTO DELLA DISCIPLINA SPECIALISTICA IN CURE PALLIATIVE E I CODICI DELLE DISCIPLINE OSPEDALIERE IN CP E IN TD

- c.I** - L'individuazione della disciplina "cure palliative"
- c.II** - La certificazione dell'esperienza in CP
- c.III** - Il Codice della disciplina CP e il codice della disciplina TD
- c.IV** - quesiti e le risposte istituzionali sul riconoscimento dell'esperienza in CP



c.I



L'individuazione della disciplina
“cure palliative”

c.1

L'individuazione della disciplina "cure palliative" Parere espresso dal Consiglio Superiore della Sanità, Sezione II, l'11 dicembre 2012 sullo "Schema di accordo avente ad oggetto l'Istituzione della disciplina Cure Palliative"



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ PUBBLICA FEDERAZIONE
DELLA SICUREZZA ALIMENTARE E DEGLI OMBRANI
COLLEGIALE PER LE ATTIVITÀ DELLA SANITÀ
DIREZIONE GENERALE DEGLI ORGANI COLLEGIALI
PER LA TUTELA DELLA SALUTE
Viale Giorgio Ribotta, 3 - 00144 Roma

Ministero della Salute

DGOCYS

0002219-P-14/12/2012



Allegati: 1

All'Ufficio di Gabinetto

SEDE

OGGETTO: *Parere Sezione II del CSS concernente: "Schema di accordo avente ad oggetto l'Istituzione della disciplina Cure Palliative".*

Si trasmette il parere indicato in oggetto espresso nella seduta dell'11 dicembre 2012 dal Consiglio Superiore di Sanità Sezione II.

IL DIRETTORE GENERALE
GIUSEPPE VIGGIANO



Ministero della Salute

CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ

SESSIONE XLVIII

Seduta del 11 dicembre 2012

IL CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ

SEZIONE II

Vista la relazione inerente Schema di Accordo avuto ad oggetto l'istituzione della disciplina "Cure Palliative" predisposta dalla Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del Servizio Sanitario Nazionale;

Premesso che con tale relazione la DG proponente inoltra al Consiglio superiore di sanità uno schema di Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla definizione delle discipline nelle quali possono essere conferiti gli incarichi di struttura complessa nelle Aziende Sanitarie, ai sensi del D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484 - Individuazione della disciplina "Cure Palliative", in merito al quale chiede il parere di competenza;

Visto il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. recante "Riforma della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";

Visto il Decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484 "Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale" che dispone che gli incarichi di secondo livello dirigenziale per i profili professionali del ruolo sanitario possono essere conferiti esclusivamente nelle discipline stabilite con decreto del Ministero della salute previo parere del Consiglio superiore di sanità e della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome;

Vista la legge 15 marzo 2010, n. 38 recante "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" la quale il legislatore ha inteso tutelare il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative ed alla terapia del dolore che, all'art. 1, comma 2, tutela e garantisce, in particolare, l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato, come definito dall'articolo 2, comma 1, lettera c), nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001... omissis... al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, ai sensi dell'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;



Visto l'art. 5 della legge sopra menzionata, il quale prevede che in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, su proposta del Ministero della salute, siano individuate le figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore;

Visto, in particolare, l'art. 5 comma 2 della stessa legge che prevede che, con accordo stipulato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, su proposta del Ministro della salute, vengano individuati i contenuti del percorso formativo obbligatori ai sensi della normativa vigente ai fini dello svolgimento di attività professionale nelle strutture sanitarie pubbliche e private e nelle organizzazioni senza scopo di lucro operanti nell'ambito delle due reti per le cure palliative e per la terapia del dolore;

Vista l'Intesa, del 25 luglio 2012, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute, di cui all'art. 5 della legge 15 marzo 2010, n. 38, 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;

Considerato che la suddetta Intesa, nella parte relativa alle strutture organizzative di erogazione e coordinamento della rete locale di cure palliative, prevede espressamente l'istituzione della Disciplina "Cure Palliative", ai fini della regolamentazione concorsuale per il personale medico dirigente del Servizio Sanitario Nazionale;

Tenuto conto che la rete delle cure palliative è finalizzata a garantire la continuità assistenziale del malato mediante l'integrazione tra struttura ospedaliera ed assistenza domiciliare ed è costituita dall'insieme delle strutture sanitarie ospedaliere, territoriali e assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici disponibili nelle Regioni e nelle Province autonome, dedicati all'erogazione delle cure palliative, al controllo del dolore in tutte le fasi della malattia, con particolare riferimento alle fasi avanzate e terminali della stessa, al supporto dei malati e dei loro familiari;

Considerato che le cure palliative e la terapia del dolore costituiscono obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale vigente ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34-bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e successive modificazioni;

Condivisa, con la DG proponente, la necessità dell'individuazione, tra le discipline nelle quali possono essere conferiti incarichi di struttura complessa nelle aziende sanitarie, in considerazione di quanto disposto dall'art. 4, comma 1, del D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484, della disciplina "Cure Palliative" al fine dell'attivazione, in modo uniforme, sul territorio nazionale della suddetta rete;

Tenuto conto di quanto illustrato dal prof. Domenico Reitano;

ESPRIME

parere favorevole

1) all'istituzione, per la Categoria professionale dei Medici - Area della Medicina diagnostica e dei servizi, di cui all'art. 4, comma 2 del D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484 e successive modifiche ed integrazioni, della disciplina di "Cure Palliative", ai fini della regolamentazione concorsuale per



l'accesso dei medici alle strutture all'uso istituite e facenti parte della Rete di Cure Palliative, anche ai fini dell'accesso alle relative posizioni apicali.

- 2) alla previsione contestuale dell'aggiornamento delle tabelle A e B, relative ai servizi ed alle specializzazioni equipollenti, di cui al decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1998, utili per l'accesso alla nuova disciplina di "Cure Palliative" i servizi e le specializzazioni equipollenti previsti per le discipline di seguito riportate:

Area delle Specialità mediche

Ematologia
Geriatrica
Malattie Infettive
Medicina Interna
Neurologia
Oncologia
Podiatria
Radioterapia

Area della medicina diagnostica e dei servizi

Anestesiologia e rianimazione

- 3) a considerare caratteristica peculiare delle strutture facenti parte della Rete locale delle Cure palliative l'operatività di équipe multiprofessionali di cui costituiscono parte integrante: medici di medicina generale, infermieri, operatori socio-sanitari, fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali, assistenti spirituali.

RITIENE

che lo schema di Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla definizione delle discipline nelle quali possono essere conferiti gli incarichi di struttura complessa nelle Aziende Sanitarie, ai sensi del D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484 - Individuazione della disciplina "Cure Palliative", sul quale è stato richiesto apposito parere da parte Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del Servizio Sanitario Nazionale, debba essere adeguato conformemente ai punti espressi nel presente parere.

IL SEGRETARIO DELLA SEZIONE
(F.to Anna Pretci)

IL PRESIDENTE DELLA SEZIONE
(F.to Alberto Zangrillo)

P.P.S.
IL DIRETTORE GENERALE DELLA DGOCTS
(F.to Giuseppe Viggiano)

VISTO
IL PRESIDENTE DEL CSS
(F. to Enrico Garaci)



c.2

Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato,
le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano 7 febbraio 2013
Definizione delle discipline nelle quali sono conferiti gli incarichi di struttura complessa
nelle Aziende sanitarie, ai sensi dell'art. 4, comma 1, del DPR 10 dicembre 1997, n. 487
Allegato A, Area della medicina diagnostica e dei servizi:
Individuazione della disciplina "Cure palliative"
(Rep. Atti n. 57/CSR)



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla definizione delle discipline nelle quali possono essere conferiti gli incarichi di struttura complessa nelle Aziende sanitarie, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484 - Individuazione della disciplina "Cure Palliative".

Rep. Atti n. 57/GSR DEL 7 FEBBRAIO 2013

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

Nella odierna seduta del 7 febbraio 2013.

VISTO l'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che attribuisce a questa Conferenza la possibilità di promuovere e sancire accordi tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTA la nota del 10 gennaio 2013, con la quale il Ministero della salute ha inviato la proposta di accordo indicata in oggetto;

VISTA la lettera del 15 gennaio 2013, con la quale la suddetta proposta è stata rinviata alle Regioni e Province autonome;

VISTA la nota in data 18 gennaio 2013, con la quale la Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, ha espresso l'avviso tecnico favorevole;

RILEVATO che, nel corso dell'odierna seduta, i Presidenti delle Regioni e delle province autonome hanno espresso parere favorevole al perfezionamento dell'accordo;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta, il rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze ha fatto presente che, con riguardo allo schema di accordo in esame, la disciplina "Cure Palliative", invece di essere inserita tra le discipline equipollenti ed affini per le valutazioni dei titoli di carriera e delle specializzazioni, è aggiunta in via autonoma a quelle per le quali possono essere conferiti incarichi dirigenziali di struttura complessa, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del D.P.R. n. 484 del 1997, con possibili maggiori oneri a carico della finanza pubblica;

RILEVATO che, per motivi sopra esposti, il rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze ha evidenziato che lo schema di accordo non è assentibile;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano sulla proposta di accordo in oggetto, a condizione che, in esito





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER L'APPUNTO
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

alle verifiche che saranno congiuntamente condotte dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze, quest'ultimo esprime il proprio assenso sulla proposta di accordo medesima.

SANCISCE ACCORDO

nei termini di cui in premessa, tra il Governo e le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, come segue

Considerati:

- Il decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, concernente "Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale", e, in particolare, l'articolo 4, comma 1, il quale dispone che gli incarichi di secondo livello dirigenziale per i profili professionali del ruolo sanitario possono essere conferiti esclusivamente nelle discipline stabilite con decreto del Ministro della sanità, previo parere del Consiglio superiore di sanità e della Conferenza Stato-Regioni;
- l'accordo sancito da questa Conferenza nella seduta del 21 marzo 2002 (Rep. Atti n. 1416/CSR), con il quale si è convenuto di demandare ad apposito accordo sancito da questa Conferenza la definizione delle discipline nelle quali possono essere conferiti gli incarichi dirigenziali di struttura complessa per i profili professionali della dirigenza del ruolo sanitario, ripartite per categorie professionali;
- l'articolo 6 del predetto decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, che prevede che l'aspirante all'incarico di secondo livello dirigenziale, in una delle discipline di cui al richiamato articolo 4, deve aver svolto una specifica attività professionale nella disciplina stessa anche con riferimento agli standard complessivi di addestramento professionalizzante nelle relative scuole di specializzazione;
- l'articolo 5, comma 2, della legge 15 marzo 2010, n. 38 recante "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", il quale prevede che, con Accordo da stipulare nella sede di questa Conferenza, su proposta del Ministero della salute, sono individuate le figure professionali con specifiche competenze ed esperienze nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore;
- l'accordo sancito da questa Conferenza nella seduta dell'11 luglio 2002 (Rep. Atti n. 1487/CSR), con il quale è stata individuata la disciplina di "Epidemiologia" per i dirigenti del ruolo sanitario non medico;





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

- l'accordo sancito da questa Conferenza nella seduta del 29 luglio 2004 (Rep. Atti n. 2070/CSR), con il quale è stata individuata per la categoria professionale dei medici - Area della medicina diagnostica e dei servizi- la disciplina di "Audiologia e Foniatria";
- che si ritiene necessario individuare tra le discipline nelle quali possono essere conferiti gli incarichi di struttura complessa nelle aziende sanitarie, in considerazione di quanto disposto dall'articolo 4, comma 1, del D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484, la seguente disciplina: "Cure Palliative";
- l'articolo 5, comma 3, della citata legge n. 38 del 2010 che ha previsto che, con intesa da stipulare da questa Conferenza, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, su proposta del Ministero della salute, sono definiti i requisiti minimi e le modalità necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità delle cure palliative e la rete per la terapia del dolore;
- l'intesa sancita da questa Conferenza il 25 luglio 2012 (Rep. Atti n. 151/CSR) con la quale si è provveduto a dare attuazione a quanto previsto dal richiamato articolo 5, comma 3 della legge n. 38 del 2010;
- che, nell'allegato A della suddetta intesa, al punto 1, nell'ambito delle strutture organizzative di erogazione e coordinamento della Rete locale di Cure Palliative, si auspica l'istituzione della disciplina "Cure Palliative" al fine della regolamentazione concorsuale per il personale medico dirigente del Servizio Sanitario Nazionale dedicato alle cure palliative;
- il parere favorevole del Consiglio superiore di sanità, Sezione II, espresso nella seduta del 11 dicembre 2012 relativamente all'istituzione, per la categoria professionale dei Medici - Area della Medicina diagnostica e dei servizi, della disciplina di "Cure Palliative".

SI CONVIENE CHE

- è individuata, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n.484, tra le discipline nelle quali possono essere conferiti gli incarichi dirigenziali di struttura complessa per i profili professionali della dirigenza del ruolo sanitario, nella Categoria professionale dei medici - Area della medicina diagnostica e dei servizi - la seguente: "Cure Palliative";
- la tabella A), allegata all'Accordo sancito da questa Conferenza, il 21 marzo 2002 (Rep. Atti n. 1416/CSR), nel testo coordinato con quanto disposto dall'Accordo sancito da questa Conferenza l'11 luglio 2002 (Rep. Atti n. 1487/CSR), e modificata dall'Accordo sancito da questa Conferenza il 29 luglio 2004 (Rep. Atti n. 2070), è così modificata:

10/11/2012





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PARLAMENTARE PER I RATTORI
FRALLO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

A) CATEGORIA PROFESSIONALE DEI MEDICI

Area della medicina diagnostica e dei servizi:

1. Anatomia patologica;
2. Anestesia e rianimazione;
3. Audiologia e Foniatria;
4. Biochimica clinica;
5. Cure Palliative;
6. Farmacologia e tossicologia clinica;
7. Laboratorio di genetica medica;
8. Medicina Trasfusionale;
9. Medicina legale;
10. Medicina nucleare;
11. Microbiologia e virologia;
12. Neurofisiopatologia;
13. Neuroradiologia;
14. Patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia);
15. Radiodiagnostica.

Si riporta, all' allegato A, parte integrante del presente atto, la Tabella coordinata con quanto disposto dal presente Accordo ad integrazione della tabella A), allegata all' Accordo sancito da questa Conferenza il 21 marzo 2002 (Rep. Atti n. 1416/CSR), nel testo coordinato con quanto disposto dall' Accordo sancito da questa Conferenza l' 11 luglio 2002 (Rep. Atti n. 1487/CSR), e modificata dall' Accordo sancito da questa Conferenza il 29 luglio 2004 (Rep. Atti n. 2070/CSR).

IL SEGRETARIO
Cons. ERMENEGILDA SINISCALCHI

E. Siniscalchi



IL PRESIDENTE
Dott. PIERO GRUDI

P. Grudi



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE DEL GOVERNO
NELLO STATO DI EMERGENZA E LE REGIONI AUTONOME
DI TRIVENTO E BOLZANO

Allegato A

A) CATEGORIA PROFESSIONALE DEI MEDICI

Area medica e delle specialità mediche:

1. Allergologia e immunologia clinica
2. Angiologia
3. Cardiologia
4. Dermatologia e Venerologia
5. Ematologia
6. Endocrinologia
7. Gastroenterologia
8. Genetica medica
9. Geriatria
10. Malattie metaboliche e diabetologia
11. Malattie dell'apparato respiratorio
12. Malattie infettive
13. Medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza
14. Medicina fisica e riabilitazione
15. Medicina interna
16. Medicina dello sport
17. Nefrologia
18. Neonatologia
19. Neurologia
20. Neuropsichiatria infantile
21. Oncologia
22. Pediatria
23. Psichiatria
24. Radioterapia
25. Reumatologia
26. Scienza dell'alimentazione e dietetica

Area chirurgica e delle specialità chirurgiche

1. Cardiocirurgia
2. Chirurgia generale
3. Chirurgia maxillo-facciale
4. Chirurgia pediatrica
5. Chirurgia plastica e ricostruttiva
6. Chirurgia toracica
7. Chirurgia vascolare
8. Ginecologia e ostetricia
9. Neurochirurgia
10. Oftalmologia





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

11. Ortopedia e traumatologia
12. Otorinolaringoiatria
13. Urologia

Area della medicina diagnostica e dei servizi

1. Anatomia patologica
2. Anestesia e rianimazione
3. Audiologia e foniatría
4. Biochimica clinica
5. Cure palliative
6. Farmacologia e tossicologia clinica
7. Laboratorio di genetica medica
8. Medicina trasfusionale
9. Medicina legale
10. Medicina nucleare
11. Microbiologia e virologia
12. Neurofisiopatologia
13. Neuroradiologia
14. Patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)
15. Radiodiagnostica

Area di sanità pubblica

1. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica
2. Igiene degli alimenti e della nutrizione
3. Medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro
4. Organizzazione dei servizi sanitari di base
5. Direzione medica di presidio ospedaliero
6. Epidemiologia

B) CATEGORIA PROFESSIONALE DEGLI ODONTOIATRI

Che comprende laureati in odontoiatria e protesi dentaria, nonché i laureati in medicina e chirurgia legittimati all'esercizio della professione di odontoiatra

1. Odontoiatria

C) CATEGORIA PROFESSIONALE DEI VETERINARI

1. Sanità animale
2. Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati
3. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

GOVERNARE PER SERVIRE PER IL BENE COMUNE
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

4. Epidemiologia ricompresa nell'area di sanità pubblica.

D) CATEGORIA PROFESSIONALE DEI FARMACISTI

1. Che comprende i laureati in farmacia e in chimica e tecnologie farmaceutiche
2. Farmacia ospedaliera
3. Farmaceutica territoriale
4. I laureati in chimica e tecnologie farmaceutiche possono, altresì, accedere agli incarichi di struttura complessa in:
 - a) Biochimica clinica, ricompresa nell'area della Medicina diagnostica e dei servizi;
 - b) Chimica analitica, ricompresa nell'area di Chimica
5. Epidemiologia ricompresa nell'area di sanità pubblica.

E) CATEGORIA PROFESSIONALE DEI BIOLOGI

1. Biochimica clinica ricompresa nell'area della Medicina diagnostica e dei servizi
2. Laboratorio di genetica medica ricompresa nell'area della Medicina diagnostica e dei servizi
3. Microbiologia e virologia ricompresa nell'area della Medicina diagnostica e dei servizi
4. Patologia clinica ricompresa nell'area della Medicina diagnostica e dei servizi
5. Igiene degli alimenti e della nutrizione ricompresa nell'area di Sanità pubblica
6. Epidemiologia ricompresa nell'area di sanità pubblica

F) CATEGORIA PROFESSIONALE DEI CHIMICI

1. Biochimica clinica ricompresa nell'area della Medicina diagnostica e dei servizi
2. Patologia clinica ricompresa nell'area della Medicina diagnostica e dei servizi
3. Igiene degli alimenti e della nutrizione ricompresa nell'area di Sanità pubblica
4. Chimica analitica
5. Epidemiologia ricompresa nell'area di sanità pubblica

G) CATEGORIA PROFESSIONALE DEI FISICI

1. Fisica sanitaria
2. Epidemiologia ricompresa nell'area di sanità pubblica

H) CATEGORIA PROFESSIONALE DEGLI PSICOLOGI

1. Psicologia





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

2. Psicoterapia riservata agli psicologi ed ai laureati in medicina e chirurgia, legittimati all'esercizio dell'attività di psicoterapia;
3. Epidemiologia ricompresa nell'area di sanità pubblica.



c.3

Decreto ministeriale 28 marzo 2013
Modifica ed integrazione delle Tabele A e B
di cui al decreto 30 gennaio 1998,
relative ai servizi ed alle specializzazioni equipollenti
(GU n. 94 del 22-04-2013)

DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 28 marzo 2013.

Modifica ed integrazione delle Tabelle A e B di cui al decreto 30 gennaio 1998, relative ai servizi ed alle specializzazioni equipollenti.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, concernente i requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale ed i requisiti ed i criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale;

Visto il decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1998, concernente le tabelle relative alle discipline equipollenti, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* - S.O. n. 25 del 14 febbraio 1998, e successive modificazioni;

Vista la legge 15 marzo 2010, n. 38 recante «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore»;

Sentito il Consiglio superiore di sanità che si è espresso nella seduta dell'11 dicembre 2012;

Visto l'Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 7 febbraio 2013 (Rep. Atti n. 57/CSR) che individua, ai sensi dell'art. 4, comma 1, del d.P.R. n. 484 del 1997, la disciplina di «Cure Palliative» nell'area della medicina

diagnostica e dei servizi per la categoria professionale dei medici, tra le discipline nelle quali possono essere conferiti gli incarichi di struttura complessa nelle Aziende sanitarie, al fine della regolamentazione concorsuale per il personale medico dirigente del servizio sanitario nazionale dedicato alle cure palliative;

Rilevato che caratteristica peculiare delle strutture facenti parte della Rete locale delle Cure Palliative è l'afferenza di figure professionali provenienti da diverse discipline;

Considerato che occorre ricondurre nell'ambito della suddetta disciplina tutte le specializzazioni che ad oggi sono inserite in discipline diverse;

Ritenuto di provvedere alla integrazione delle tabelle A e B relative ai servizi ed alle specializzazioni equipollenti;

Decreta:

1. Per le motivazioni di cui in premessa la disciplina «Cure Palliative» è inquadrata nell'Area della medicina diagnostica e dei servizi.

2. Le tabelle A e B, relative ai servizi ed alle scuole equipollenti, di cui al decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1998, sono integrate come indicato nell'allegato I.

Il presente decreto è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 28 marzo 2013

Il Ministro: BALDUZZI

ALLEGATO I

Tabella A

Tabella B

AREA DELLA MEDICINA DIAGNOSTICA E DEI SERVIZI

5) CURE PALLIATIVE:

Servizi equipollenti:

Ematologia
Geriatrica
Malattie infettive
Medicina Interna
Neurologia
Oncologia
Pediatria
Radioterapia
Anestesiologia e rianimazione

5) CURE PALLIATIVE:

Scuole equipollenti:

Ematologia
Geriatrica
Malattie infettive
Medicina Interna
Neurologia
Oncologia
Pediatria
Radioterapia
Anestesiologia e rianimazione

c.4

Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato,
le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano 26 settembre 2013
“Elenco nazionale dei Direttori di struttura complessa ai fini della composizione
delle commissioni di valutazione per il conferimento degli incarichi di
struttura complessa per i profili professionale della dirigenza del ruolo sanitario”
ESTRATTO Allegato 1 Disciplinare tecnico per l'alimentazione
del flusso informativo dell'elenco nazionale, punto 5.
I codici delle professioni e delle discipline (Rep. Atti n. 134/CSR)



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano recante: "Elenco nazionale dei direttori di struttura complessa ai fini della composizione delle commissioni di valutazione per il conferimento degli incarichi di struttura complessa per i profili professionali della dirigenza del ruolo sanitario".

Rep. Atti n. 136/cse del 26 settembre 2013

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

Nella odierna seduta del 26 settembre 2013.

VISTI gli articoli 2, comma 1, lett. b) e 4, comma 2, del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, che affidano a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, 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, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";

VISTO l'articolo 15 del suindicato decreto legislativo, come modificato dall'articolo 4 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, che detta la "Disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie";

VISTO il comma 7-bis, lett. a) del richiamato articolo 15 che, ai fini della composizione della commissione di valutazione per l'attribuzione degli incarichi di direzione di struttura complessa, fa riferimento a un "elenco nazionale nominativo costituito dall'insieme degli elenchi regionali dei direttori di struttura complessa appartenenti ai ruoli regionali del Servizio sanitario nazionale";

VISTA la nota in data 10 luglio 2013 con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la proposta di accordo indicata in oggetto;

VISTA la nota in data 19 luglio 2013 con la quale il predetto documento è stato diramato alle Regioni e Province autonome;

VISTA la nota in data 2 agosto 2013, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso una nuova documentazione relativa all'allegato 1 allo schema di accordo indicato all'oggetto

VISTA la nota in data 28 agosto 2013, con la quale la suddetta nuova documentazione è stata diramata alle Regioni e Province autonome.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

CONSIDERATO che nel corso della riunione tecnica svoltasi in data 18 settembre 2013, i rappresentanti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano hanno espresso assenso tecnico al documento in parola;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, nei seguenti termini:

Considerati:

- il decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, recante "Regolamento per la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti per l'accesso al secondo livello dirigenziale del personale del ruolo del Servizio Sanitario Nazionale", limitatamente alle disposizioni relative ai requisiti di ammissione e alle modalità di attribuzione degli incarichi, di cui agli articoli 4, 5, 10, 11, 12, 13 e 15;

- l'articolo 57, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 483 ("Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del SSN"), che prevede la possibilità di indire concorsi con accesso riservato a più categorie professionali secondo quanto previsto dalla normativa sui requisiti di accesso al secondo livello dirigenziale del personale del SSN;

- il d.m. 30 gennaio 1998, recante le tabelle relative alle discipline equipolenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del SSN, e successive modificazioni;

- gli accordi sanciti da questa Conferenza:

- il 21 marzo 2002 (rep. Atti n. 1416), recante definizione delle discipline nelle quali possono essere conferiti gli incarichi dirigenziali di struttura complessa per i profili professionali della dirigenza del ruolo sanitario, ripartite per categorie professionali;

- l'11 luglio 2002 (rep. Atti n. 1487), con il quale sono state individuate le discipline di epidemiologia per i dirigenti del ruolo sanitario non medico;

- il 29 luglio 2004 (rep. Atti n. 2070), con il quale è stata individuata per la categoria professionale dei medici - Area della medicina diagnostica e dei servizi - la disciplina di audiologia e foniatra;

- il 7 febbraio 2013 (rep. Atti n. 57), con il quale è stata individuata per la categoria professionale dei medici - Area della medicina diagnostica e dei servizi - la disciplina di cure palliative;





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

- l'allegato A al citato accordo del 7 febbraio 2013 che effettua, tra l'altro, una ricognizione delle "discipline nelle quali possono essere conferiti gli incarichi di struttura complessa nelle aziende sanitarie" ai sensi dell'art. 4, co. 1, d.P.R. n. 484 del 1997 cit.;

- le "discipline" inserite in detto allegato che possono costituire adeguato riferimento anche per la compilazione dell'elenco nazionale di cui al presente accordo;

- il documento denominato "Linee guida recante criteri generali per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa per la dirigenza medica sanitaria nelle aziende del SSN", approvato da questa Conferenza in data 13 marzo 2013 al fine di pervenire a una procedura omogenea per l'attribuzione degli incarichi;

SI CONVIENE

Art. 1

(Istituzione dell'elenco nazionale)

1. Presso il Ministero della salute è istituito l'elenco nazionale di cui all'articolo 15, comma 7-bis, lettera a), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, di seguito elenco nazionale, ai fini della composizione delle commissioni di valutazione per il conferimento degli incarichi di struttura complessa per i profili professionali della dirigenza del ruolo sanitario.
2. L'elenco nazionale, costituito dagli elenchi regionali dei direttori di struttura complessa appartenenti ai ruoli regionali del Servizio sanitario nazionale, è alimentato e aggiornato dalle regioni e province autonome secondo il disciplinare tecnico di cui all'allegato 1 al presente accordo.
3. L'elenco nazionale è pubblicato in una sezione dedicata del sito internet istituzionale del Ministero della salute.

Art. 2

(Aggiornamento dell'elenco nazionale)

1. Le regioni e le province autonome provvedono al tempestivo aggiornamento dell'elenco anche su istanza dell'interessato, e trasmettono comunque entro il 30 giugno e il 31 dicembre di ogni anno l'intero elenco regionale aggiornato.

Art. 3

(Oneri)

1. Il presente accordo non deve comportare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

IL SEGRETARIO
Roberto G. Marino



IL PRESIDENTE
Graziario Bello

- alle modalità per effettuare le eventuali rettifiche di dati trasmessi.

5. I codici delle professioni e delle discipline

Al fine di assicurare la corretta individuazione della disciplina oggetto dell'incarico e della professione cui la stessa disciplina afferisce sono utilizzate le codifica riportate nella seguente tabella.

Codice Professione	Descrizione Professione	Descrizione Disciplina	Codice Disciplina
1	MEDICO CHIRURGO	ALLERGIOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA	1
1	MEDICO CHIRURGO	ANGIOLOGIA	2
1	MEDICO CHIRURGO	CARDIOLOGIA	3
1	MEDICO CHIRURGO	DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA	4
1	MEDICO CHIRURGO	EMATOLOGIA	5
1	MEDICO CHIRURGO	ENDOCRINOLOGIA	6
1	MEDICO CHIRURGO	GASTROENTEROLOGIA	7
1	MEDICO CHIRURGO	GENETICA MEDICA	8
1	MEDICO CHIRURGO	GERIATRIA	9
1	MEDICO CHIRURGO	MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA	10
1	MEDICO CHIRURGO	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	11
1	MEDICO CHIRURGO	MALATTIE INFETTIVE	12
1	MEDICO CHIRURGO	MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E DI URGENZA	13
1	MEDICO CHIRURGO	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	14
1	MEDICO CHIRURGO	MEDICINA INTERNA	15
1	MEDICO CHIRURGO	MEDICINA DELLO SPORT	18
1	MEDICO CHIRURGO	NEFROLOGIA	19
1	MEDICO CHIRURGO	NEONATOLOGIA	20
1	MEDICO CHIRURGO	NEUROLOGIA	21
1	MEDICO CHIRURGO	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	22
1	MEDICO CHIRURGO	ONCOLOGIA	23
1	MEDICO CHIRURGO	PEDIATRIA	



Codice Professione	Descrizione Professione	Descrizione Disciplina	Codice Disciplina
		MICROBIOLOGIA)	
1	MEDICO CHIRURGO	RADIOLOGIA	54
1	MEDICO CHIRURGO	IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITA PUBBLICA	55
1	MEDICO CHIRURGO	IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	56
1	MEDICO CHIRURGO	MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	57
1	MEDICO CHIRURGO	SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA	106
1	MEDICO CHIRURGO	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	107
1	MEDICO CHIRURGO	ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE	108
1	MEDICO CHIRURGO	AUDIOLOGIA E FONIATRIA	111
1	MEDICO CHIRURGO	PSICOTERAPIA	112
1	MEDICO CHIRURGO	CURE PALLIATIVE	114
1	MEDICO CHIRURGO	EPIDEMIOLOGIA	115
1A	MEDICO CHIRURGO LEGITTIMATO ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI ODONTOIATRA	ODONTOIATRIA	64
2	ODONTOIATRA	ODONTOIATRIA	64
3A	FARMACISTA (laureato in chimica e tecnologie farmaceutiche)	BIOCHIMICA CLINICA	44
3A	FARMACISTA (laureato in chimica e tecnologie farmaceutiche)	CHEMICA ANALITICA	76
3	FARMACISTA	EPIDEMIOLOGIA	115
3A	FARMACISTA (laureato in chimica e tecnologie farmaceutiche)	EPIDEMIOLOGIA	115
3	FARMACISTA	FARMACIA OSPEDALIERA	66



c.5

Decreto ministeriale 23 marzo 2018

Modifica al decreto 30 gennaio 1998 e successive modificazioni recante:
"Tabelle relative alle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare
per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo
sanitario del Servizio sanitario nazionale."

Allegato A - Area della Medicina diagnostica e dei servizi
(GU n.83 del 10-4-2018)

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 23 marzo 2018

Modifica al decreto 30 gennaio 1998 e successive modificazioni, recante: «Tabelle relative alle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del servizio sanitario nazionale». (18402418)

(GU n.83 del 10-4-2018)

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, concernente il «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421»;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 18 dicembre 1997, n. 483 «Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale»;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 18 dicembre 1997, n. 484 «Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale»;

Visto il decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1998, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 37 del 14 febbraio 1998, supplemento ordinario n. 25, e successive modificazioni, recante «Tabelle relative alle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale»;

Visto il decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 1° agosto 2005, recante «Riassetto delle scuole di specializzazione di area sanitaria» pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 258 del 5 novembre 2005, supplemento ordinario n. 176;

Visto il decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 31 luglio 2006 di modificazione del decreto ministeriale 1° agosto 2005, recante: «Riassetto delle scuole di specializzazione di area sanitaria», nella parte relativa alle scuole di specializzazione in «odontoiatria» pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 284 del 19 ottobre 2006;

Visto il decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute 4 febbraio 2015, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 126 del 3 giugno 2015, recante «Riordino delle scuole di specializzazione di area sanitaria»;

Considerata che il Consiglio superiore di sanità, nella seduta del 13 gennaio 2015, nell'esprimere il prescritto parere in ordine al citato decreto interministeriale del 4 febbraio 2015, ha sottolineato positivamente la «valorizzazione data alle attività professionalizzanti dello specializzando ...» e «all'integrazione tra la rete formativa universitaria ed extrauniversitaria»;

Visto il decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute 16 settembre 2016, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 6 del 9 gennaio 2017, recante «Riordino delle scuole di specializzazione ad accesso riservato al "non medici"»;

Considerato che il Consiglio superiore di sanità, nella seduta del 14 settembre 2015, nell'esprimere il prescritto parere in ordine al citato decreto Interministeriale 16 settembre 2016 ha evidenziato che «i titoli di studio conseguiti ai sensi del nuovo ordinamento, oggetto del presente parere, hanno il medesimo valore legale, ai fini concessionali per l'accesso al Servizio sanitario nazionale, di quelli rilasciati nell'ambito dell'ordinamento precedente di cui al decreto ministeriale 1° agosto 2005»;

Considerata, pertanto, l'esigenza di integrare la tabella B allegata al decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1998, con i nuovi titoli di specializzazione di cui ai citati decreti ministeriali 1° agosto 2005 e successive modificazioni, 4 febbraio 2015 e 16 settembre 2016, al fine di consentire ai nuovi specializzati l'accesso ai concorsi nel Servizio sanitario nazionale;

Acquisito, in merito, il parere del Consiglio superiore di sanità, reso nella seduta del 13 marzo 2018;

Vista la richiesta di integrazione della summenzionata tabella B, pervenuta dal Centro nazionale trapianti, concernente «l'inserimento della specializzazione in Malattie dell'apparato respiratorio ed equipollenti tra le specializzazioni/servizi equipollenti e specializzazioni affini previste per l'area di Sanità pubblica, disciplina direzione medica di presidio ospedaliero, valide per la valutazione dell'attività di coordinamento di prelievo di organi e di tessuti»;

Acquisito, in merito, il parere del Consiglio superiore di sanità, reso nella seduta del 20 marzo 2018;

Decreta:

Art. 1

1. Per le motivazioni di cui in premessa, la tabella B «valevole per la verifica e la valutazione delle specializzazioni» di cui al decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1998, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 37 del 14 febbraio 1998, supplemento ordinario n. 25 e successive modificazioni, è integrata come indicato nell'allegata A, parte integrante del presente decreto.

Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 23 marzo 2018

Il Ministro: Lorenzin

Allegato A

All'elenco delle specializzazioni equipollenti di cui alla tabella B allegata al decreto del Ministro della sanità del 30 gennaio 1998 e successive modificazioni, recante «tabelle relative alle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale» sono aggiunte, con riferimento alle discipline di seguito elencate, le seguenti specializzazioni:

Area Medica e delle specialità mediche:

Medicina fisica e riabilitazione - scuole equipollenti:
Medicina fisica e riabilitativa;

Medicina dello sport - scuole equipollenti:

Medicina dello sport e dell'esercizio fisico;

Medicina fisica e riabilitativa;

Oncologia - scuole equipollenti: Oncologia medica.

Area Chirurgica e delle specialità chirurgiche:

Chirurgia plastica e ricostruttiva - scuole equipollenti:
Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica.

Area di odontoiatria:

Odontoiatria - scuole equipollenti:

Chirurgia orale;

Odontoiatria pediatrica.

Area della Medicina diagnostica e dei servizi:

Anestesia e rianimazione - scuole equipollenti:

Anestesia riannestazione e terapia intensiva;
 Anestesia riannestazione, terapia intensiva e del dolore;
 Biochimica clinica - scuole equipollenti:
 Farmacologia medica;
 Farmacologia e tossicologia clinica;
 Patologia clinica e biochimica clinica;
 Farmacologia e tossicologia clinica - scuole equipollenti:
 Farmacologia medica;
 Farmacologia e tossicologia clinica;
 Cure palliative - scuole equipollenti:
 Anestesia riannestazione e terapia intensiva;
 Anestesia riannestazione, terapia intensiva e del dolore;
 Malattie infettive e tropicali;
 Oncologia medica;
 Medicina tradizionale - scuole equipollenti: Patologia
 clinica e biochimica clinica;
 Patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e
 microbiologia) - scuole equipollenti:
 Farmacologia medica;
 Farmacologia e tossicologia clinica;
 Patologia clinica e biochimica clinica.
 Area di Sanità pubblica:
 Igiene, epidemiologia e sanità pubblica - scuole
 equipollenti: Statistica sanitaria e biometria;
 Organizzazione dei servizi sanitari di base - scuole
 equipollenti: Medicina di comunità e delle cure primarie;
 Direzione medica di presidio ospedaliero - scuole
 equipollenti:
 Patologia clinica e biochimica clinica (*);
 Malattie dell'apparato respiratorio ed equipollenti (*);
 (*) - Equipollenza valida solo per la valutazione dell'«Attività»
 di coordinamento di prelievi di organi e di tessuti.
 Epidemiologia - scuole equipollenti: Statistica sanitaria e
 biometria.
 Area di Farmacia:
 Farmacia ospedaliera - scuole equipollenti:
 Farmacologia medica;
 Farmacologia e tossicologia clinica;
 Farmaceutica territoriale - scuole equipollenti:
 Farmacologia medica;
 Farmacologia e tossicologia clinica.
 Area di Fisica sanitaria:
 Fisica sanitaria - scuole equipollenti: Fisica medica.
 Area di Chimica:
 Chimica analitica - scuole equipollenti:
 Farmacologia medica;
 Farmacologia e tossicologia clinica;
 Patologia clinica e biochimica clinica.

c.6

D.L. 30 dicembre 2019, n. 162, coordinato con la legge di conversione 28 febbraio 2020, n. 8
“Disposizioni urgenti in materia di proroga di termini legislativi, di organizzazione delle
pubbliche amministrazioni, nonché di innovazione tecnologica”
ESTRATTO Articolo 25, comma 4-quinquies e comma 4-sexies
(GU n. 51 del 29-2-2020 - SO n. 10/L)

TESTO COORDINATO DEL DECRETO-LEGGE 30 dicembre 2019, n. 162

**Decreto-legge 30 dicembre 2019, n. 162, coordinato con
la legge di conversione 28 febbraio 2020, n. 8, recante:
«Disposizioni urgenti in materia di proroga di termini
legislativi, di organizzazione delle pubbliche
amministrazioni, nonché di innovazione tecnologica.»**

(GU Serie Generale n.51 del 29-2-2020 - Suppl. Ordinario n. 10)

Vigente al: 29-2-2020

Art. 25

Disposizioni di competenza del Ministero della salute

4 - quinquies: All'articolo 5, comma 2, primo periodo, della legge 15 marzo 2010, n. 38, dopo la parola: «geriatria» sono inserite le seguenti: «medicina di comunità e delle cure primarie».

4 - sexies: Per l'attuazione della disposizione di cui al comma 4 -quinquies, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il Ministero della salute, con propri decreti, provvede a integrare le tabelle relative alle discipline equipollenti e affini per l'accesso del personale medico ai ruoli dirigenziali del Servizio sanitario nazionale.



c.II



La certificazione dell'esperienza in CP

c.7

Legge 27 dicembre 2013, n. 147
Disposizioni per la formazione del bilancio annuale
e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2014)
ESTRATTO articolo 1, comma 425
(GU n. 302 del 27-12-2013 - SO n. 87)

LEGGE 27 dicembre 2013, n. 147

Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2014)

(GU Serie Generale n.302 del 27-12-2013 - Suppl. Ordinario n. 87)

Vigente al 01-01-2014

Articolo 1, comma 425

425. Al fine di garantire la compiuta attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, i medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate, anche se non in possesso di una specializzazione, ma che alla data di entrata in vigore della presente legge possiedono almeno una esperienza triennale nel campo delle cure palliative, certificata dalla regione di competenza, tenuto conto dei criteri individuati con decreto del Ministro della salute di natura non regolamentare, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono idonei ad operare nelle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate.

c.8

Decreto ministeriale 4 giugno 2015
Individuazione dei criteri per la certificazione dell'esperienza
triennale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso
le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate,
di cui alla legge 27 dicembre 2013, n. 147, comma 425.
(GU n. 150 del 1-7-2015)

DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 4 giugno 2013.

Individuazione dei criteri per la certificazione della esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche e private accreditate, di cui alla legge 17 dicembre 2012, n. 147, comma 425.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Vista la legge del 15 marzo 2010 n. 38 recante "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore";

Visto l'articolo 5 della richiamata legge n. 38 del 2010 che reca disposizioni in materia di reti nazionali per le cure palliative e per la terapia del dolore ed, in particolare, il comma 2 che prevede che con Accordo stipulato da questa Conferenza, su proposta del Ministro della salute, sono individuate le figure professionali con specifiche esperienze nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche per l'età pediatrica, con particolare riferimento ai medici di medicina generale e ai medici specialisti in anestesia e rianimazione, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia, pediatria, ai medici con esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, agli infermieri, agli psicologi e agli assistenti sociali nonché alle altre figure professionali ritenute essenziali;

Vista l'Intesa sottoscritta dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 25 luglio 2012 (sup. Atti n. 151/CSR) con la quale vengono stabiliti 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.

Vista la legge 27 dicembre 2013, n. 147 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità) ed in particolare l'articolo 1, comma 425, che prevede che i medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate, anche se non in possesso di una specializzazione, ma che alla data di entrata in vigore della presente legge possiedono almeno una esperienza triennale nel campo delle cure palliative certificata dalla regione di competenza, tenuto conto dei criteri individuati con decreto del Ministro della salute di natura non regolamentare, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono idonei ad operare nelle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate;

Visto il decreto del Ministro della salute 28 marzo 2013, recante "Modifica ed integrazione delle Tabelle A e B di cui al decreto 30 gennaio 1998, relative ai servizi ed alle specializzazioni equipollenti" pubblicato nella Gazzetta Ufficiale serie generale, n. 94 del 22 aprile 2013;

Vista l'Accordo sottoscritto in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 10 luglio 2014 (sup. Atti n. 87/CSR) che individua le 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 ed, in particolare, l'articolo 4 che recapita quanto previsto dal richiamato articolo 1, comma 425, della citata legge n. 147/2013;

Requisito di dover individuare criteri uniformi su tutto il territorio nazionale per la certificazione dell'esperienza

— 2 —



tenziale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate anche se non in possesso di una specializzazione ovvero in possesso di una specializzazione diversa da quella di cui al citato decreto del Ministro della salute 28 marzo 2013;

Acquisto il parere favorevole della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 27 gennaio 2015 (Atto Rep. n. 1/CSR così come modificato dall'Atto Rep. n. 39/CSR del 19 marzo 2015).

Decreto:

Art. 1.

Criteri soggettivi

1) Fermo restando quanto sancito dall'Accordo del 10 luglio 2014 sulle figure professionali che garantiscono le cure palliative, ai fini del rilascio della certificazione dell'esperienza professionale svolta nella rete delle cure palliative, possono presentare istanza i medici privi di specializzazione o in possesso di una specializzazione diversa da quella di cui al decreto del Ministro della salute 28 marzo 2013, i quali alla data di entrata in vigore della legge 27 dicembre 2013, n. 147 erano in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate che erogano attività assistenziali di cure palliative nell'ambito territoriale di riferimento in sede ospedaliera, domiciliare e residenziale, così come indicate nell'Inventario sanita il 25 luglio 2012, Rep. n. 151/CSR.

2) Il medico deve aver svolto, alla data di entrata in vigore della L. 147/2013, attività nel campo delle cure palliative per almeno tre anni, anche non consecutivi, presso le strutture delle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate.

Art. 2.

Presentazione istanza

1) Il medico inoltra l'istanza per il rilascio della certificazione dell'esperienza professionale alla regione/provincia autonoma di riferimento territoriale della struttura pubblica o privata accreditata presso la quale presta servizio.

2) L'istanza deve essere presentata entro 18 mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

3) La regione/provincia autonoma emana, entro 90 giorni dal ricevimento della domanda, il decreto con il quale certifica l'esperienza professionale, necessario per operare nelle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate.

Art. 3.

Documentazione

1) Le regioni e le province autonome adottano gli atti e la documentazione necessari per la presentazione delle istanze.

2) L'istanza deve essere corredata dallo stato di servizio rilasciato dal rappresentante legale della struttura in cui il medico era in servizio alla data di entrata in vigore della L. 147/2013 ovvero da dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà.

3) L'esperienza professionale di cui al comma 2 dell'art. 1 è attestata dal direttore sanitario di ogni struttura pubblica o privata accreditata della rete stessa nella quale il medico ha svolto la propria attività.

4) In fase di prima applicazione possono chiedere la certificazione di cui all'art. 1 anche i medici in servizio presso enti o strutture che erogano attività assistenziali di cure palliative che abbiano presentato istanza per l'accreditamento istituzionale, quest'ultima documentata attraverso una attestazione del rappresentante legale della struttura o dell'ente.

Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 4 giugno 2015

Il Ministro Loris Cesa

15146931



c.9

Legge 30 dicembre 2018, n. 145
Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019
e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021
ESTRATTO articolo 1, comma 522
(GU n.302 del 31-12-2018 - SO n. 62)

LEGGE 30 dicembre 2018, n. 145

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021

(GU Serie Generale n.302 del 31-12-2018 - Suppl. Ordinario n. 62)

Vigente al 01-01-2019

Articolo 1, comma 522

522. Al fine di garantire l'attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, e il rispetto dei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario n. 15 alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, tenuto conto dei criteri individuati con decreto di natura non regolamentare del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono considerati idonei a operare presso le reti, pubbliche o private accreditate, dedicate alle cure palliative medici sprovvisti dei requisiti di cui al decreto del Ministro della salute 28 marzo 2013, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 94 del 22 aprile 2013, e che alla data di entrata in vigore della presente legge sono in servizio presso le reti medesime e sono in possesso di tutti i seguenti requisiti, certificati dalla regione competente:

a) esperienza almeno triennale, anche non continuativa, nel campo delle cure palliative acquisita nell'ambito di strutture ospedaliere, di strutture residenziali appartenenti alla categoria degli hospice e di unità per le cure palliative (UCP) domiciliari accreditate per l'erogazione delle cure palliative presso il Servizio sanitario nazionale;

b) un congruo numero di ore di attività professionale esercitata, corrispondente ad almeno il 50 per cento dell'orario previsto per il rapporto di lavoro a tempo determinato, e di casi trattati;

c) acquisizione di una specifica formazione in cure palliative conseguita nell'ambito di percorsi di educazione continua in medicina, ovvero tramite master universitari in cure palliative, ovvero tramite corsi organizzati dalle regioni per l'acquisizione delle competenze di cui all'accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 10 luglio 2014 (rep. Atti n. 87/CSR). L'istanza per la certificazione del possesso dei requisiti di cui al presente comma deve essere presentata alla regione competente entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

c.10

Proroga dei termini previsti dalla L. 145/2018 sulla certificazione dell'esperienza in CP

D.L 30 dicembre 2019, n. 162, coordinato con la legge di conversione 28 febbraio 2020, n. 8,
Disposizioni urgenti in materia di proroga di termini legislativi, di organizzazione
delle pubbliche amministrazioni, nonché di innovazione tecnologica
ESTRATTO Articolo 5, comma 4 (GU n. 51 del 29 - 02- 2020 – SO n. 10/L)

Legge 30 dicembre 2020, n. 178 – Bilancio di previsione dello Stato
per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021 – 2023
ESTRATTO Articolo 1, comma 405 (GU n. 322 del 30-12-2020 – SO n. 46/L)

Proroga dei termini previsti dalla L. 145/2018 sulla certificazione dell'esperienza in CP

(estratto delle disposizioni legislative)

**Decreto-legge 30 dicembre 2019, n. 162, coordinato con
la legge di conversione 28 febbraio 2020, n. 8, recante:
«Disposizioni urgenti in materia di proroga
di termini legislativi, di organizzazione delle pubbliche
amministrazioni, nonché di innovazione tecnologica»**

(GU Serie Generale n.51 del 29-2-2020 - Suppl. Ordinario n. 10)

Vigente al: 29-2-2020

Art. 5

Proroga di termini in materia di salute

Comma 4. All'articolo 1, comma 522, secondo periodo, della ((legge 30 dicembre 2018, n. 145)), le parole «entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge» sono sostituite dalle seguenti: «entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore del decreto di cui al presente comma».

L. 30-12-2018 n. 145 recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021» (GU Serie Generale n.32 del 31-12-2020 - Suppl. Ordinario n. 46/L)

Vigente al: 01-01-2021

Articolo 1, comma 405

405. All'articolo 1, comma 522, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, le parole: «alla data di entrata in vigore della presente legge» sono sostituite dalle seguenti: «alla data del 31 dicembre 2020».

L. 30-12-2018 n. 145 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021" - Art. 1 - Comma 522

522. *Al fine di garantire l'attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, e il rispetto dei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario n. 15 alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, tenuto conto dei criteri individuati con decreto di natura non regolamentare del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono considerati idonei a operare presso le reti, pubbliche o private accreditate, dedicate alle cure palliative medici sprovvisti dei requisiti di cui al decreto del Ministro della salute 28 marzo 2013, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 94 del 22 aprile 2013, e che **alla data del 31 dicembre 2020** sono in servizio presso le reti medesime e sono in possesso di tutti i seguenti requisiti, certificati dalla regione competente: a) esperienza almeno triennale, anche non continuativa, nel campo delle cure palliative acquisita nell'ambito di strutture ospedaliere, di strutture residenziali appartenenti alla categoria degli hospice e di unità per le cure palliative (UCP) domiciliari accreditate per l'erogazione delle cure palliative presso il Servizio sanitario nazionale; b) un congruo numero di ore di attività professionale esercitata, corrispondente ad almeno il 50 per cento dell'orario previsto per il rapporto di lavoro a tempo determinato, e di casi trattati; c) acquisizione di una specifica formazione in cure palliative conseguita nell'ambito di percorsi di educazione continua in medicina, ovvero tramite master universitari in cure palliative, ovvero tramite corsi organizzati dalle regioni per l'acquisizione delle competenze di cui all'accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 10 luglio 2014 (rep. Atti n. 87/CSR). L'istanza per la certificazione del possesso dei requisiti di cui al presente comma deve essere presentata alla regione competente entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore del decreto di cui al presente comma. (239)*



c.III



**Il Codice della disciplina CP
e il codice della disciplina TD**

c.11

Decreto ministeriale 21 novembre 2018
“Aggiornamento dei codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere”
(GU n. 38 del 14-2-2019)

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 21 novembre 2018.

Aggiornamento dei codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Visto l'art. 117 della Costituzione che attribuisce alla competenza esclusiva dello Stato il coordinamento informativo statistico e informatico dei dati dell'amministrazione statale, regionale e locale;

— 1 —



Vista il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 17 maggio 1984, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 153 del 5 giugno 1984, con il quale viene stabilito che le aziende sanitarie locali inviano alle regioni e alle province autonome di appartenenza ed al Ministero della sanità le informazioni relative alle proprie attività gestionali ed economiche;

Vista il decreto del Ministro della sanità 23 dicembre 1996, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 22 del 28 gennaio 1997, riguardante «Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere»;

Vista il decreto del Ministro della salute del 14 giugno 2002, con il quale è stata istituita la Cabina di regia per lo sviluppo del Nuovo sistema informativo sanitario nazionale, di cui all'Accordo quadro tra il Ministero della sanità, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 22 febbraio 2001;

Vista l'Intesa sancita dalla Conferenza permanente tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005 (sep. atti n. 2271), la quale dispone all'art. 3 che la definizione ed il continuo adeguamento nel tempo dei contenuti informativi e delle modalità di rilevazione del Nuovo sistema informativo sanitario, sono affidati alla Cabina di regia e vengono recepiti dal Ministero della salute con propri decreti attuativi, compresi i flussi informativi finalizzati alla verifica degli standard qualitativi e quantitativi dei livelli essenziali di assistenza;

Vista il decreto del Ministro della salute del 5 dicembre 2006, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 22 del 27 gennaio 2007, recante «Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie»;

Vista l'art. 9, comma 1, lettera d), della legge 15 marzo 2010, n. 38, recante «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore»;

Vista l'Intesa sancita dalla Conferenza permanente tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 25 luglio 2012 (sep. atti n. 151/CSR), che ha approvato, in attuazione dell'art. 3 della legge 15 marzo 2010, n. 38, il documento sui 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;

Vista il decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, del 2 aprile 2015, n. 70, recante il «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera»;

Vista l'Accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 7 luglio 2016 (sep. atti n. 116/CSR), per l'evoluzione del Nuovo sistema informativo sanitario nazionale (NSIS) e, in particolare, l'art. 1 che disciplina le funzioni e la composizione della Cabina di regia NSIS;

Vista il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 recante «Definizione e aggiornamento

dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502» che, all'art. 38, dispone che siano garantite nell'ambito dell'attività di ricovero ordinario, la terapia del dolore e le cure palliative;

Vista il decreto del Ministro della salute 11 maggio 2017 con il quale è stata individuata la composizione della Cabina di regia del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS);

Rilevato che, con il sopra citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 17 maggio 1984, il Ministro della salute, con proprio decreto, è autorizzato ad addebi- tarsi l'acquisizione dei dati sulle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie locali;

Considerata la necessità di adeguare ed integrare l'acquisizione dei dati per finalità di programmazione, di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza e di Governo della spesa sanitaria, anche con riferimento ai dati delle prestazioni erogate dalle reti per le cure palliative e per la terapia del dolore e gli costi delle stesse, nonché per la stesura della relazione sullo stato sanitario del Paese;

Vista la proposta di aggiornamento dell'elenco delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere, con riferimento ai dati delle prestazioni erogate dalle reti per le cure palliative e per la terapia del dolore e gli costi delle stesse, formulata dalla Cabina di regia nella seduta del 17 aprile 2018;

Considerato che, ai fini di cui sopra, firma oggetto di modifica del presente decreto unicamente la tabella dei codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere allegata al citato decreto del Ministro della salute del 5 dicembre 2006;

Decreto:

Art. 1

Elenco delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere

1. A decorrere dal 1° gennaio 2019 le aziende sanitarie, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico inviano alle regioni e alle province autonome di appartenenza e al Ministero della salute le informazioni richieste dalla rilevazione dei modelli «HSP 12 - Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate» e «HSP 13 - Posti letto per disciplina delle cure private», compilando il suddetto disciplina ospedaliere in riferimento alla tabella dei codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere allegata al presente decreto, che sostituisce la tabella dei codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere di cui al decreto del Ministro della salute del 5 dicembre 2006.

2. Le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano adottano le necessarie disposizioni per assicurare il rispetto degli obblighi di rilevazione dei dati da parte delle aziende sanitarie, delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliere universitarie, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico del proprio territorio.



Art. 2.

Conferma di abilitazioni vigenti

1. Nulla è innovato rispetto a quanto già previsto dalle disposizioni vigenti riguardo la sottoscrizione dei predetti modelli, la rilevazione di dati, il versare per l'invio, la validazione dei dati, le misure per eventuali ritardi e inadempienze.

Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 21 novembre 2018

Il Ministro Giulio

Ascarelli

CODICI DELLE SPECIALITÀ CLINICHE E DELLE DISCIPLINE OSPEDALIERE

Codice	Descrizione	Codice	Descrizione
05	Allergologia	77	Neurologia psichiatrica
06	Anatomia ed istologia per patologia	78	Neurologia
07	Angiologia	48	Neurologia (tabulazione separata con 2)
11	Asiatero	02	Neonatalogia
08	Cardiologia pediatrica	76	Neurologia pediatrica
07	Cardiologia	30	Neurologia
08	Cardiologia (ai)	32	Neurologia (ai)
09	Chirurgia generale	33	Neuropatologie infantili
10	Chirurgia generale (ai)	75	Neuro-rivitalizzazione
11	Chirurgia pediatrica	31	Nefro
12	Chirurgia plastica	34	Oculistica
13	Chirurgia toracica	35	Oftalmologia e neurologia
14	Chirurgia vascolare	04	Otorinolaringoiatria
02	Day hospital (ai)	05	Otorinolaringoiatria pediatrica
06	Day surgery (ai)	06	Otorinolaringoiatria
09	Cura palliativa (ai)	36	Otologia e otorinolaringoiatria
52	Dermatologia	37	Otorinolaringoiatria e ginecologia
07	Diabetologia	38	Otorinolaringoiatria
18	Ematologia	39	Pediatria (ai)
14	Fisiologia	07	Parassitologia
15	Farmacologia clinica	08	Patologia
23	Fisiopatologia della riproduzione umana	40	Podologia (ai)
16	Gastroenterologia	09	Podologia

21	Geriatrica	79	Radioterapia
06	Gravidità severa postpartum	73	Radioterapia oncologica
47	Gravidità severa	35	Recupero e riabilitazione funzionale (ai)
20	Immunologia (ai)	71	Rivitalologia
46	Laringologia	00	Terapia del dolore (ai)
19	Malattie infettive del sistema nervoso e della nutrizione	49	Terapia intensiva (i)
24	Malattie infettive e tropicali	74	Terapia intensiva neonatale
77	Medicina del lavoro	47	Urologia
26	Medicina generale	59	Unità coronarica (i)
27	Medicina legale	29	Unità operatorie
61	Medicina militare	43	Urologia
15	Medicina sportiva	78	Urologia pediatrica
41	Medicina termale		

si utilizza il codice 00 per il reparto o specialità di cardiologia, anche eventuali, lato di cura coronarica, per quest'ultimo, anche se inclusa nel reparto di cardiologia, utilizzare il codice 70.

4) da utilizzare per i reparti esclusivamente dedicati ad attività di day hospital day surgery (multispecialistica).

5) per neonatologia utilizzare il codice 48.

6) per pediatria utilizzare il codice 06, per neonatologia infantile il codice 33.

7) per neonatologia utilizzare il codice 52.

8) per neonatologia infantile utilizzare il codice 33.

9) per recupero e riabilitazione funzionale intensiva (i) (ai) utilizzare il codice 70, per unità operatorie utilizzare il codice 29, per la neuro-rivitalizzazione usare il codice 75.

10) per l'unità intensiva cardiologica utilizzare il codice 38.

A codice da utilizzare anche se i dati sono inclusi in un reparto di pediatria.

11) codice da utilizzare per i ricoveri in regime diurna per cure palliative, in conformità con le indicazioni previste nel documento sui requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accogliimento della comunità di assistenza ai malati in fase terminale e della cura di cura palliativa e della terapia del dolore approvato dal Istituto Nazionale del 25 luglio 2012.

12) codice da utilizzare per i ricoveri per terapia del dolore, in conformità con le indicazioni previste nel documento sui requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accogliimento della comunità di assistenza ai malati in fase terminale e della cura di cura palliativa e della terapia del dolore approvato dal Istituto Nazionale del 25 luglio 2012.

13) 00015





c.IV



**I quesiti e le risposte istituzionali sul
riconoscimento dell'esperienza in CP**

c.12

Nota SSR Emilia Romagna-ASL Bologna al Ministero della salute, DGPROF:
Richiesta chiarimenti in ordine alla partecipazione
ai concorsi pubblici nella disciplina di "Cure palliative"
(Prot. 0089210 del 01/08/2019).



FRONTESPIZIO PROTOCOLLO GENERALE

AOO: ASL_BO
REGISTRO: Protocollo generale
NUMERO: 0089210
DATA: 01/06/2010
OGGETTO: Richiesta chiarimenti in ordine alla partecipazione ai concorsi pubblici nella disciplina di "Cure Palliative"

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Mariapaola Guadagni

CLASSIFICAZIONE:

- [01-04-11]

DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
P00089210_2010_Lettera_firmata.pdf	Guadagni Mariapaola	841509F7E0888D067611C3E3562EC7 C50F2760871F448320A2DC4658851A



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente, è conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis 04-bis D.lgs. 82/2005 e s.m.i., in assenza del documento digitale, le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti elettronici sottoscritti con firma digitale e firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa costituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del D.lgs. 30/1993.



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Ospedaliera Sant'Orsola-Cosulich di Bologna - IASO (IRCCS)
Azienda Ospedaliera - Territoriale di Bologna
Istituto Oncologico Regionale di Bologna (IRCCS)
Azienda Ospedaliera Sant'Orsola-Cosulich di Bologna

**Servizio Unico Metropolitan
Amministrazione del Personale**

il direttore

Ministero della Salute Direzione
generale delle professioni sanitarie e
delle risorse umane del Servizio
Sanitario Nazionale
dgrups@postacert.sanita.it

e, per conoscenza,

Dr.ssa Bellantoni Mariacristina
Dr. Marinello Rosanna
Dr. Scaccabarozzi Gian Lorenzo
Dr. Lora Apollonio Pierangelo
Dr. Saltuni Pasquale
Dr.ssa Corbelli Grazia
Dr. Cuttala Francesco Guido

OGGETTO: Richiesta chiarimenti in ordine alla partecipazione ai concorsi pubblici nella disciplina di
"Cure Palliative"

Premesso che

- l'accordo sancito in sede di conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 7/2/2012 individua, ai sensi dell'art. 4, comma 1, del DPR 454 del 1997, le discipline di Cure Palliative nell'area della Medicina diagnostica o dei servizi per la categoria professionale dei medici, tra le discipline nelle quali possono essere conferiti gli incarichi di struttura complessa nelle Aziende sanitarie, al fine della regolamentazione concorsuale per il personale medico dirigente del servizio sanitario nazionale dedicato alle cure palliative;
- con decreto del Ministero della salute del 28/3/2013 sono stati individuati i servizi e le scuole equipollenti;
- l'accordo siglato il 10/7/2014 ai sensi dell'art. 5, n. 2, della legge 15/3/2010, n. 38 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha individuato le 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;

Emilia Angelini
Servizio Unico Metropolitan Amministrazione del
Personale (SUCAP)
001 9079804
www.ingemil@asl.bologna.it

Azienda USL di Bologna
Sede Aperta - Via Cavour, 29 - 40124 Bologna
Tel +39 051 8225111 fax +39 051 8094325
Conto fiscale e partita IVA 02408140302



- la Legge 27/12/2013 n. 147, all'art. 425 ha stabilito che, al fine di garantire l'attuazione della legge 15/3/2010 n. 38, i medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate, anche se non in possesso di una specializzazione, ma che alla data di entrata in vigore della legge possedevano almeno una esperienza triennale nel campo delle cure palliative, certificata dalla Regione di competenza, sono idonei a operare nelle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate;
- i criteri per acquisire la predetta certificazione dell'esperienza triennale nel campo delle cure palliative sono stati sanciti con l'intesa della Conferenza Stato-Regioni del 22/1/2015;
- la Legge 30/12/2016, n. 145 (Legge di Bilancio 2019) al comma 522 prevede « Al fine di garantire l'attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, e il rispetto dei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario n. 15 alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, tenuto conto dei criteri individuati con decreto di natura non regolamentare del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono considerati idonei a operare presso le reti, pubbliche o private accreditate, dedicate alle cure palliative medici sprovvisti dei requisiti di cui al decreto del Ministro della salute 28 marzo 2013, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 94 del 22 aprile 2013, e che alla data di entrata in vigore della presente legge sono in servizio presso le reti medesime e sono in possesso di tutti i seguenti requisiti, certificati dalla regione competente: a) esperienza almeno triennale, anche non continuativa, nel campo delle cure palliative acquisita nell'ambito di strutture ospedaliere, di strutture residenziali appartenenti alla categoria degli hospice e di unità per le cure palliative (UCP) domiciliari accreditate per l'erogazione delle cure palliative presso il Servizio sanitario nazionale; b) un congruo numero di ore di attività professionale esercitata, corrispondente ad almeno il 50 per cento dell'orario previsto per il rapporto di lavoro a tempo determinato, e di casi trattati; c) acquisizione di una specifica formazione in cure palliative conseguita nell'ambito di percorsi di educazione continua in medicina, ovvero tramite master universitari in cure palliative, ovvero tramite corsi organizzati dalle regioni per l'acquisizione delle competenze di cui all'accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 10 luglio 2014 (rep. att. n. 87/CGR). L'istanza per la certificazione del possesso dei requisiti di cui al presente comma deve essere presentata alla regione competente entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge».

Preso atto che il Ministero della Salute con nota del 11/11/2015 precisa che " la rete dei suddetti interventi nonativi è stata, pertanto, quella di introdurre una deroga alla normativa generale vigente per l'accesso al SSN, al fine di consentire ai medici in parola, da un lato, di continuare ad operare nelle reti dedicate alle cure palliative, e, dall'altro, di partecipare ai concorsi pubblici indetti nella disciplina di cure palliative sulla base certificazione rilasciata dalla Regione e attestante la specifica esperienza triennale maturata".

Elisa Angeli
Servizio Unico Municipale Amministrativo del
Parlamento (SUNAMP)
00170/PA04
www.singola@scu.singola.it

Agenzia SPA di Bologna
Servizio Regole - via Castiglione, 29 - 40126 Bologna
Tel +39 051 820111 fax +39 051 820021
Conto Telemail e postale: it.scu00011202



Considerato, tuttavia, che:

- non risulta intervenuta alcuna modifica alla normativa concorsuale di cui al D.P.R. 483/97, che all'art. 24 prevede, per la partecipazione ai concorsi pubblici nel profilo professionale di Dirigente Medico, tra l'altro, il possesso del titolo di specializzazione, fatte salve le eccezioni previste dall'art. 56 comma 2;
- il Decreto 26/3/2013 ha modificato la normativa concorsuale a seguito dell'istituzione della disciplina di Cure Palliative, in particolare, prevedendo i relativi servizi e scuole equipollenti;
- tutte le disposizioni normative ad oggi intervenute prevedono la possibilità di operare nelle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate (ad esempio, si può specificare con rapporto libero-professionale), ma non prevede espressamente che i professionisti possano partecipare ai concorsi pubblici in carenza del titolo di specializzazione nella disciplina o discipline equipollenti.

Si chiede, pertanto, se si possa ritenere che le disposizioni di cui sopra vadano a modificare anche il Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale (DPR 10/12/1997, n. 483) e, pertanto, consentano ai candidati in possesso della certificazione di cui alla normativa sopracitata di partecipare ai concorsi pubblici seppur privi del titolo di specializzazione nella disciplina o discipline equipollenti.

In attesa di cortese riscontro, è gradita l'occasione per porgere cordiali saluti.

Firmato digitalmente da:
Mariagrazia Guattini

Responsabile procedimento:
Elisa Angeli

Elisa Angeli
Servizio Unico Nazionale Amministrazione del
Personale (SUNAMP)
011-4379604
elisa.angeli14@uni.bologna.it

Azienda USL di Bologna
Piazzale Maggiore, via Castiglione, 29 - 40124 Bologna
Tel +39 051 8220111 fax +39 051 8334421
Codice Fiscale e partita Iva 02400911202



FRONTESPIZIO PROTOCOLLO GENERALE

AOO: ASI_BO
REGISTRO: Protocollo generale
NUMERO: 0107528
DATA: 27/09/2019
OGGETTO: RICHIESTA CHIARIMENTI IN ORDINE ALLA PARTECIPAZIONE AI CONCORSI PUBBLICI NELLA DISCIPLINA "CURE PALLIATIVE"03513883698

CLASSIFICAZIONE:

DOCUMENTI:

File

FOO107528_2019_Pai di ASI1519-ent.xml

FOO107528_2019_Documento_Pincipale_0688770-29_09_2019-
QSPROP-NDG-P.pdf.pdf

FOO107528_2019_Pai di ASI1519_www.nisi.nisi

Hash

7A8E0CEC8618C1800F92000000A37A30281809E31E7268
4CC718E719992C

8DF02DD4488F887870CC17915F00C1A51C8E207F03F91282E
08000AF2E30C3C

2645E78A2E40DA718F739E3A14E348E94C44402771C8E
8890E0A4A0F62C



L'originale del presente documento è conservato a cura dell'ente produttore secondo normative vigenti.
Ai sensi dell'art. 33bis del DLgs. 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copie analoghe di tali documenti sottoscritte con firma autografa esente da mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del DLgs. 32/1993.

c.12 bis

Nota di risposta Ministero della salute, DGPROF
(Prot. n. 0046775 del 23/09/2019)



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLE PROFESSIONI
SANTARIE E DELLE RISORSE UMANE DEL SERVIZIO
SANITARIO NAZIONALE
Ufficio 01- DGPROF
Via Giorgio Ribotta, 3 - 00144 Roma

DGPROF/P/ L8 d.n.1



Servizio Sanitario Regionale Emilia
Romagna
Azienda USL di Bologna
Servizio Unico Metropolitan
Amministrazione del personale (SUMAP)
Pec:
personale.concorsi@pec.usl.bologna.it

E p.c.
Direzione Generale della Programmazione
Sanitaria
SEDE

OGGETTO: richiesta chiarimenti in ordine alla partecipazione ai concorsi pubblici nella disciplina "Cure Palliative".

Si fa riferimento alla nota di pari oggetto inerente la richiesta di chiarimenti in ordine alla possibilità per i medici in possesso di certificazione di cui al D.M. 4 giugno 2015 di partecipare ai concorsi pubblici nella disciplina cure palliative.

Al riguardo, per quanto di competenza della scrivente Direzione Generale, si osserva quanto segue.

L'articolo 1, comma 425, della legge 27 dicembre 2013, n. 147 (legge di stabilità 2014) ha disposto che *"Al fine di garantire la compiuta attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, i medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate, anche se non in possesso di una specializzazione, ma che alla data di entrata in vigore della presente legge possiedono almeno una esperienza triennale nel campo delle cure palliative, certificata dalla regione di competenza, tenuto conto dei criteri individuati con decreto del Ministro della salute di natura non regolamentare, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di*

Trento e di Bolzano, sono idonei ad operare nelle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate”.

In attuazione di quanto previsto dalla richiamata disposizione, è stato adottato il citato D.M. del 4 giugno 2015 nel quale sono stati indicati i criteri per la certificazione dell'esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici privi di specializzazione o in possesso di una specializzazione diversa di quella di cui al D.M. 28 marzo 2013, in servizio presso le reti medesime.

Orbene, la normativa generale vigente per l'accesso al Servizio sanitario nazionale richiede, tra l'altro, ai fini della partecipazione ai concorsi pubblici nel profilo professionale di dirigente medico, il possesso della specializzazione nella disciplina oggetto del concorso quale requisito necessario.

Con la legge di stabilità 2014 ed il richiamato DM attuativo, il legislatore ha inteso introdurre una deroga alla disciplina generale al fine di consentire a tutti i medici che alla data di entrata in vigore della legge predetta avessero maturato un'esperienza significativa nel settore delle cure palliative, da un lato, di continuare ad operare nelle reti dedicate alle cure palliative, e, dall'altro, di partecipare ai concorsi pubblici indetti nella disciplina "cure palliative" sulla base certificazione rilasciata dalla Regione e attestante la specifica esperienza triennale maturata.

Il Direttore dell'Ufficio
(dott. ssa G. G. Turbellio)



c.13

Nota Regione Lombardia-ASST Lecco al Ministero della salute, DGPROF:
Quesito in ordine all'inquadramento dei medici palliativisti assunti
in data antecedente l'istituzione della "Disciplina Cure Palliative"
(Prot. n. 0036082/19U1.4.3 del 02/08/2019)



Alla Dott.ssa **Rossana Ugenti**
Direttore Generale della Direzione Professioni sanitarie
e delle risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale
del Ministero della Salute

dgrups@postacert.sanita.it

segreteria.dgrups@sanita.it

OGGETTO: Quesito in ordine all'inquadramento dei medici palliativisti dipendenti della ASST di Lecco assegnati alla UOC Cure Palliative - Dipartimento della Fragilità/ Rete Locale di Cure Palliative assunti in data antecedente l'istituzione della "Disciplina Cure palliative".

Gentile Direttore,

questa Direzione intende procedere al corretto inquadramento nella disciplina cure palliative dei propri medici palliativisti dipendenti operanti ed assunti prima della emanazione della medesima disciplina, idonei ad operare presso le reti pubbliche accreditate e dedicate alle cure palliative in quanto provvisti dei requisiti di equipollenza di cui al decreto ministeriale 28 marzo 2013 o della certificazione di cui al decreto ministeriale 4 giugno 2015.

La norma, nel riconoscere dignità alla disciplina di cure palliative, aggiorna la regolamentazione concorsuale e consente la visibilità della disciplina all'interno degli ospedali, una immagine che crea cultura e corretta informazione per il malato ed il cittadino in genere.

In particolare:

- l'Accordo siglato il 7/2/2013 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (rep. atti n. 57/CSR), individua, ai sensi dell'art. 4, comma 1, del DPR 484 del 1997, la disciplina di Cure Palliative nell'area della Medicina diagnostica e dei servizi per la categoria professionale dei medici, tra le discipline nelle quali possono essere conferiti gli incarichi di struttura complessa nelle Aziende sanitarie, al fine della regolamentazione concorsuale per il personale medico dirigente del Servizio sanitario nazionale dedicato alle cure palliative;
- il Decreto del Ministro della salute del 28/3/2013 individua i servizi e le scuole equipollenti;
- l'Accordo siglato il 10/7/2014 ai sensi dell'art. 5, comma 2, della legge 15/3/2010, n. 38 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (rep. atti n. 87/CSR), individua le 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 o della terapia del dolore;



- la Legge 27/12/2013 n. 147, all'articolo 1, comma 425 stabilisce che, al fine di garantire l'attuazione della legge 15/3/2010 n. 38, i medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate, anche se non in possesso di una specializzazione, ma che alla data di entrata in vigore della legge possedevano almeno una esperienza triennale nel campo delle cure palliative, certificata dalla Regione di competenza, sono idonei a operare nelle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate;
- i criteri per acquisire la predetta certificazione dell'esperienza triennale nel campo delle cure palliative sono stati sanciti con l'intesa della Conferenza Stato-Regioni del 22/1/2015 e successivamente con il Decreto del Ministro della salute del 04/05/2015
- la Legge 30/12/2016, n. 145 (Legge di Bilancio 2019) all'articolo 1, comma 522 prevede una ulteriore deroga in merito alla possibilità idoneità ad operare presso le reti, pubbliche o private accreditate, dedicate alle cure palliative dei medici sprovvisti dei requisiti di cui al decreto del Ministro della salute 28 marzo 2013, determinando altri specifici requisiti: un'esperienza triennale acquisita nell'ambito delle strutture delle reti del servizio sanitario nazionale, un congruo numero di ore di attività professionale esercitata, corrispondente ad almeno il 50 per cento dell'orario previsto per il rapporto di lavoro a tempo determinato, e di casi trattati, l'acquisizione di una specifica formazione in cure palliative conseguita nell'ambito di percorsi di educazione continua in medicina, ovvero tramite master universitari in cure palliative, ovvero tramite corsi organizzati dalle regioni per l'acquisizione delle competenze di cui all'accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 10 luglio 2014 (rep. atti n. 87/CSR).

Preso atto che il Ministero della Salute con nota del 11/11/2015 precisa che *„la ratio dei suddetti interventi normativi è stata, pertanto, quella di introdurre una deroga alla normativa generale vigente per l'accesso al SSN, al fine di consentire ai medici in parola, da un lato, di continuare ad operare nelle reti dedicate alle cure palliative. ...”*.

Considerato, che

- caratteristica peculiare delle strutture facenti parte della Rete locale di cure palliative è l'afferenza di figure professionali provenienti da diverse discipline essendo la disciplina di cure palliative di recente individuazione;
- con Decreto 28 marzo 2013 e successive si è stabilito di ricondurre nell'ambito della disciplina Cure Palliative tutte le specializzazioni che ad oggi sono inserite in discipline diverse modificando le tabelle A e B prevedendo i relativi servizi e scuole equipollenti di cui al decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1998 successivamente modificato con con decreto del Ministro della salute del 23 Marzo 2018;
- presso la Struttura Complessa UOC Cure palliative della scrivente Azienda i medici palliativisti dipendenti sono inquadrati in discipline diverse dalla disciplina cure

palliative in quanto tutti assunti dal Sistema sanitario nazionale prima della istituzione della medesima disciplina;

- I medici di cui trattasi sono in possesso dei requisiti per operare nell'ambito delle strutture delle Reti locali di Cure palliative in quanto inquadrati nelle discipline o nei servizi equipollenti la disciplina cure palliative ovvero sono in possesso della certificazione dell'esperienza triennale nel campo delle cure palliative sancita con l'intesa della Conferenza Stato-Regioni del 22/1/2015 e con Decreto del Ministro della salute del 04/06/2015, a seguito di quanto stabilito dalla Legge 27/12/2013 n. 147, all'art. 1 comma 425 in attuazione della legge 15/3/2010 n. 38,
- Il Direttore della UOC Cure Palliative ha chiesto per i Dirigenti Medici palliativisti, assegnati alla UOC Cure palliative della Rete locale di Cure palliative, dopo aver acquisito il loro parere favorevole, di procedere all'inquadramento nella disciplina "cure palliative" dagli stessi esercitata.

Tanto premesso, con la presente si chiede se i medici in possesso dei requisiti di cui sopra, in attuazione di quanto disposto dalla citata normativa nazionale possano essere inquadrati nella disciplina "cure palliative".

Distinti saluti

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Paolo Favini)



c.13 bis

Nota di risposta del Ministero della salute, DGPROF
(Prot. n.0047184 del 25/09/2019)



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E
DELLE RISORSE UMANE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

C/Ossa di
Viale Giorgio Ribota, 1 - 00144 Roma

DGPROF/L8.d.n.1/2019



Alla c.a. del dott. Paolo Favini
Direttore Generale dell'Azienda Socio-
Sanitaria Territoriale (ASST) di Lecco
pec: riscossione@pec.asst-lecco.it

E.p.c.
Regione Lombardia - Assessorato al Welfare
Direttore generale
dott. Luigi Cajazzo
PEC: welfare@pec.regione.lombardia.it

OGGETTO: quesito in ordine all'inquadramento dei medici palliativisti dipendenti della ASST di Lecco assegnati alla UOC Cure Palliative - Dipartimento della fragilità/rete locale di cure palliative assunti in data antecedente l'istituzione della disciplina cure palliative.

Si fa riferimento al quesito di pari oggetto concernente la possibilità di inquadrare i medici palliativisti, dipendenti dell'ASST di Lecco ed in possesso dei requisiti previsti dalla legge, nella disciplina "Cure palliative".

Preliminarmente, preme precisare che esulano dalla competenza istituzionale di questa Direzione generale quesiti afferenti ad aspetti di natura squisitamente gestionale che presuppongono una conoscenza completa di tutti gli atti e di tutti i documenti dei procedimenti cui affriscono e che, pertanto, rientrano nella diretta ed esclusiva competenza e responsabilità della Regione e della struttura di riferimento.

Ciò posto, si osserva quanto segue.

La realizzazione dei dettami contenuti nella legge n.38 del 2010 sulle cure palliative e terapia del dolore ha richiesto l'elaborazione di diversi provvedimenti finalizzati a dare concreta attuazione alle indicazioni contenute nella predetta normativa.

In particolare, il 25 luglio 2012, è stata sottoscritta l'intesa Stato-Regioni, che, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 5 della legge 15 marzo 2010, n. 38, ha 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.

È stato successivamente sancito l'Accordo Stato - Regioni del 7 febbraio 2013 (rep. Atti n.57/CSR), con cui è stata individuata, per la categoria professionale dei medici - Arca della Medicina diagnostica e dei servizi - la disciplina di "Cure Palliative", ai fini della regolamentazione concorsuale per l'accesso dei medici alle strutture all'uopo istituite e facenti parte della rete di Cure Palliative.

Dopodiché con il D.M. del 28 marzo 2013 si è provveduto ad aggiornare le Tabelle relative ai servizi ed alle specializzazioni equipollenti di cui al DM 30 gennaio 1998 al fine di consentire l'accesso alla nuova disciplina di Cure palliative.

Parallelamente alla definizione delle reti di terapia del dolore e di cure palliative, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 5, comma 2, della richiamata legge n.38, si è poi provveduto ad individuare con Accordo Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (rep. Atti 87/CSR) l'elenco delle professionalità operanti nella rete delle cure palliative, specificando negli allegati tecnici le competenze che deve possedere ciascuna figura professionale operante nella rete di cure palliative, nella rete di terapia del dolore e nella rete pediatrica di cure palliative e di terapia del dolore.

Nello specifico, il richiamato articolo 5, comma 2, aveva già individuato un elenco di figure professionali che, pertanto, sono stati inclusi nel citato Accordo tra cui "i medici con esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative". Per questi ultimi professionisti che, in assenza di specializzazione non avrebbero potuto continuare a collaborare con il Servizio Sanitario Nazionale, l'articolo 1, comma 425, della legge 27 dicembre 2013, n. 147 (legge di stabilità 2014) ed il DM attuativo del 4 giugno 2015 hanno introdotto una deroga alla normativa generale vigente per l'accesso al SSN, al fine di consentire a tutti i medici che alla data di entrata in vigore della legge predetta avessero maturato un'esperienza significativa nel settore delle cure palliative, da un lato, di continuare ad operare nelle reti dedicate alle cure palliative, e, dall'altro, di partecipare ai concorsi pubblici indetti nella disciplina "cure palliative" sulla base di certificazione rilasciata dalla Regione e attestante la specifica esperienza triennale maturata. Un'ulteriore deroga è stata di recente introdotta dalla legge 145 del 2018 (art. 1, comma 522, Legge di bilancio 2019) che ha demandato ad un apposito DM il compito di definire i requisiti per il riconoscimento dell'idoneità ad operare presso le reti dedicate alle cure palliative dei medici sprovvisti dei requisiti di cui al citato DM 28 marzo 2013.

Orbene, alla luce del quadro normativo sin qui delineato, ad avviso della scrivente, non si ravvisano particolari ragioni ostative alla possibilità di inquadrare il personale interessato, in possesso dei requisiti previsti dalla sopracitata legge (specializzazione equipollente ovvero certificazione dell'esperienza triennale maturata nel campo delle cure palliative etc.), nella disciplina "cure palliative", anche al fine di garantire le legittime aspettative di carriera del personale medesimo.

Resta fermo che rientra nella diretta responsabilità di codesta Azienda assicurare che il passaggio del suddetto personale da un'area o disciplina diversa da quella per la quale è stato assunto avvenga nel rispetto della normativa statale di riferimento, dei principi di ragionevolezza, imparzialità e buon andamento della pubblica amministrazione nonché del principio costituzionale dell'accesso agli impieghi delle P.A.

Il Direttore Generale
(*Patrizia Rossini Ligenti*)
Patrizia Ligenti

R



Capitolo c
ALLEGATI:



ALLEGATO

c.A

Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato,
le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano 22 gennaio 2015
“Individuazione dei criteri per la certificazione della esperienza triennale
nel campo delle cure palliative pubbliche e private accreditate,
di cui alla legge 27 dicembre 2013, n. 147, comma 425”
(Rep. Atti n. 1/CSR)



Presidenza
del Consiglio dei Ministri

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

Accordo, ai sensi dell'articolo 5, comma 2, della legge 15 marzo 2010, n. 38 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sul decreto ministeriale recante "Individuazione dei criteri per la certificazione della esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche e private accreditate, di cui alla legge 27 dicembre 2013, n. 147, comma 425".

Rep. Atti n. 1 ! CSR del 22 gennaio 2015

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

Nell'odierna seduta del 22 gennaio 2015:

VISTO l'articolo 2, comma 1, lettera b) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affida alla Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi secondo quanto disposto dall'articolo 4 del medesimo decreto, 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", in particolare l'articolo 5 che, nel dettare disposizioni in materia di reti nazionali per le cure palliative e per la terapia del dolore, al comma 2 prevede che con accordo stipulato da questa Conferenza, su proposta del Ministro della salute, sono individuate le figure professionali con specifiche esperienze nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche per l'età pediatrica, con particolare riferimento ai medici di medicina generale e ai medici specialisti in anestesia e rianimazione, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia, pediatria, ai medici con esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, agli infermieri, agli psicologi e agli assistenti sociali nonché alle altre figure professionali ritenute essenziali;

VISTA l'intesa sancita da questa Conferenza il 25 luglio 2012 (rep. Atti n. 151/CSR), con la quale vengono stabiliti 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;

VISTA la legge 27 dicembre 2013, n. 147, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (Legge di stabilità 2014), in particolare l'articolo 1, comma



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

425, che prevede che i medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche e private, anche se non in possesso di una specializzazione, ma che alla data di entrata in vigore della presente legge possiedono almeno una esperienza triennale nel campo delle cure palliative certificata dalla regione di competenza, tenuto conto dei criteri individuati con decreto del Ministro della salute di natura non regolamentare, previa intesa con questa Conferenza, sono idonei ad operare nelle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate.

VISTO il decreto ministeriale 28 marzo 2013, recante "Modifica ed integrazione delle Tabelle A e B di cui al decreto 30 gennaio 1998, relative ai servizi ed alle specializzazioni equipollenti";

VISTO l'accordo Stato - Regioni sancito il 10 luglio 2014 (rep. Atti n.57/CSR) che individua le figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché delle strutture sanitarie, ospedaliere, territoriali ed assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore, ed in particolare l'articolo 4 che recepisce quanto previsto dal comma sopra citato della legge n. 147/2013;

RITENUTO di dover individuare criteri uniformi su tutto il territorio nazionale per la certificazione dell'esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate anche se non in possesso di una specializzazione ovvero in possesso di una specializzazione diversa da quella di cui al citato decreto del Ministro della salute 28 marzo 2013;

VISTA la nota del 14 ottobre 2014, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la proposta di accordo in epigrafe;

VISTA la nota del 20 ottobre 2014, con la quale il predetto documento è stato diramato alle Regioni e Province autonome con convocazione di una riunione tecnica per il suo esame;

VISTA la nota del 16 gennaio 2015, con la quale questo Ufficio di Segreteria ha diramato il testo definitivo inviato dal Ministero della salute, nel quale sono state recepite le osservazioni regionali avanzate nel corso della riunione tecnica svoltasi il 5 novembre 2014;

VISTA la nota del 21 gennaio 2015, con la quale la Regione Veneto, Coordinatrice interregionale in sanità, ha espresso il parere tecnico favorevole sul provvedimento in epigrafe;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta, le Regioni hanno espresso parere favorevole, a condizione che il termine di presentazione dell'istanza di cui al comma 2 dell'articolo 2 sia di 24 mesi, richiesta accolta dal Ministero della salute;





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER L'AVVICINO
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI STATO E BOLLENDI

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, nei seguenti termini.

Art. 1

(Criteri soggettivi)

- 1) Fermo restando quanto sancito dall'Accordo del 10 luglio 2014 sulle figure professionali che garantiscono le cure palliative, ai fini del rilascio della certificazione dell'esperienza professionale svolta nella rete delle cure palliative, possono presentare istanza i medici privi di specializzazione o in possesso di una specializzazione diversa da quella di cui al Decreto del Ministero della Salute 28 marzo 2013, i quali alla data di entrata in vigore della Legge 27 dicembre 2013, n. 147 erano in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate che erogano attività assistenziali di cure palliative nell'ambito territoriale di riferimento in sede ospedaliera, domiciliare e residenziale, così come individuate nell'Intesa sancita il 25 luglio 2012, Rep. n. 151/CSR.
- 2) Il medico deve aver svolto, alla data di entrata in vigore della L. 147/2013, attività nel campo delle cure palliative per almeno tre anni, anche non continuativi, presso le strutture delle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate.

Art. 2

(Presentazione istanza)

- 1) Il medico inoltra l'istanza per il rilascio della certificazione dell'esperienza professionale alla Regione/Provincia autonoma di riferimento territoriale della struttura pubblica o privata accreditata presso la quale presta servizio.
- 2) L'istanza deve essere presentata entro 24 mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto.
- 3) La Regione/Provincia autonoma emana, entro 90 giorni dal ricevimento della domanda, il decreto con il quale certifica l'esperienza professionale, necessario per operare nelle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate.

Art. 3

(Documentazione)

- 1) Le Regioni e le Province autonome adottano gli atti e la documentazione necessari per la presentazione delle istanze.
- 2) L'istanza deve essere corredata dallo stato di servizio rilasciato dal rappresentante ~~legale~~ della struttura in cui il medico era in servizio alla data di entrata in vigore della L. 147/2013 ovvero da dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

COMPENSA PERMANENTE PER L'AVVERTO
NELLO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

- 3) L'esperienza professionale di cui al comma 2 dell'art. 1 è attestata dal direttore sanitario di ogni struttura pubblica o privata accreditata della rete stessa nella quale il medico ha svolto la propria attività.
- 4) In fase di prima applicazione possono chiedere la certificazione di cui all'art. 1 anche i medici in servizio presso enti o strutture che erogano attività assistenziali di cure palliative che abbiano presentato istanza per l'accREDITAMENTO istituzionale, quest'ultima documentata attraverso una attestazione del rappresentante legale della struttura o dell'ente.

IL SEGRETARIO
Antonio Niddeo



IL PRESIDENTE
Maria Carmela Lanzetta

Capitolo

d

**LE COMPETENZE DEI PROFESSIONISTI
OPERANTI NELLE RETI**

d.1

Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato,
le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano 10 luglio 2014 di
individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative,
nella rete di 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)



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

Accordo ai sensi dell'articolo 5, comma 2, della legge 15 marzo 2010, n. 38 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano di 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

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

Nella odierna seduta del 10 luglio 2014:

VISTO l'articolo 2, comma 1, lettera b) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affida alla Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi secondo quanto disposto dall'articolo 4 del medesimo decreto, 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" e in particolare:

l'articolo 5 che, nel dettare disposizioni in materia di reti nazionali per le cure palliative e per la terapia del dolore, al comma 2 prevede che con accordo stipulato da questa Conferenza, su proposta del Ministro della salute, sono individuate:

- le figure professionali con specifiche esperienze nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche per l'età pediatrica, con particolare riferimento ai medici di medicina generale e ai medici specialisti in anestesia e rianimazione, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia, pediatria, ai medici con esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, agli infermieri, agli psicologi e agli assistenti sociali nonché alle altre figure professionali ritenute essenziali;
- le tipologie di strutture nelle quali le due reti, nazionale e regionale, si articolano, nonché le modalità per assicurare il coordinamento delle stesse;
- l'articolo 8, recante disposizioni in materia di formazione ed aggiornamento del personale medico e sanitario in materia di cure palliative e di terapia del dolore, a tenore del quale l'accordo di cui al suddetto articolo 5, comma 2, individua i contenuti dei percorsi formativi ai fini dello svolgimento di attività professionale nelle strutture sanitarie pubbliche e private e nelle organizzazioni senza scopo di lucro, operanti nell'ambito delle due reti per le cure palliative e per la terapia del dolore, ivi inclusi i periodi di tirocinio obbligatorio presso le strutture delle due reti (comma 3);

VISTA l'intesa sancita da questa Conferenza il 25 luglio 2012 (rep. Atti n. 151/CSR), con la quale vengono stabiliti i requisiti minimi e le modalità organizzative necessarie per



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

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 sancito il 7 febbraio 2013 (rep. Atti n. 57/CSR) che individua, ai sensi dell'art. 4, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, la disciplina di "Cure Palliative" nell'area della medicina diagnostica e dei servizi per la categoria professionale dei medici, tra le discipline nelle quali possono essere conferiti gli incarichi di struttura complessa nelle aziende sanitarie, al fine della regolamentazione concorsuale per il personale medico dirigente del servizio sanitario nazionale dedicato alle cure palliative;

VISTO il decreto ministeriale 28 marzo 2013, recante "Modifica ed integrazione delle Tabelle A e B di cui al decreto 30 gennaio 1998, relative ai servizi ed alle specializzazioni equipollenti";

VISTO l'articolo 1, comma 425 della legge 27 dicembre 2013, n. 147 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2014)";

RITENUTO di dare attuazione ai menzionati articoli 5, comma 2 e 8, comma 3 della legge n. 38 del 2010;

VISTA la lettera in data 19 febbraio 2013, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la proposta di accordo indicata in oggetto;

VISTA la nota in data 22 febbraio 2013, con la quale il predetto documento è stato diramato alle Regioni e Province autonome;

VISTA la lettera in data 12 luglio 2013, con la quale il Ministro della salute ha comunicato il proprio nulla osta al successivo iter istruttorio del provvedimento;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione tecnica svoltasi in data 9 ottobre 2013, i rappresentanti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano hanno formulato talune richieste emendative al documento in parola;

VISTA le note in date 15 e 16 ottobre 2013, diramate in pari data, con le quali il Ministero della salute ha inviato una nuova versione dello schema di accordo indicato in oggetto che recepisce le modifiche concordate con le Regioni e le Province autonome e con il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca nella predetta riunione tecnica, nonché la modifica concordata per le vie brevi con il Ministero dell'economia e delle finanze;

VISTA la nota in data 9 giugno 2014, diramata in data 12 giugno 2014, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso una nuova versione dello schema di provvedimento in oggetto;



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

MINISTERO DELLA SANITÀ E DELLA POLITICA SANA
DIREZIONE GENERALE
DIREZIONE GENERALE
DIREZIONE GENERALE

VISTA la nota in data 2 luglio 2014, di data 3 luglio 2014, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la versione definitiva dello schema di provvedimento di cui trattasi che, nell'allegato tecnico, recepisce le osservazioni formulate dai rappresentanti regionali, in conformità con quanto previsto nella novella operata dalla legge n. 144/2013;

VISTA la nota del 9 luglio 2014, con la quale la Regione Veneto, Coordinatrice interregionale in sanità, ha espresso il parere tecnico favorevole sul provvedimento in parola;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, nei seguenti termini:

Art. 1

1. Le cure palliative sono garantite, attraverso l'integrazione degli ambiti di assistenza, dalle seguenti figure professionali:
 - a) medico specialista in anestesia, rianimazione e terapia intensiva, ematologia, geriatria, medicina interna, malattie infettive, neurologia, oncologia medica, radioterapia;
 - b) medico di medicina generale;
 - c) psicologo specialista;
 - d) infermiere, fisioterapista, dietista;
 - e) assistente sociale, operatore socio-sanitario.
2. Le figure professionali di cui al comma 1 possono essere integrate dall'assistente religioso.

Art. 2

1. La terapia del dolore è garantita, attraverso l'integrazione degli ambiti di assistenza, dalle seguenti figure professionali:
 - a) medico specialista in anestesia, rianimazione e terapia intensiva;
 - b) in rapporto alla specificità delle diverse patologie, tramite il supporto dei medici specialisti in geriatria, medicina interna, neurologia, oncologia medica, radioterapia;
 - c) medico di medicina generale;
 - d) psicologo specialista;
 - e) infermiere, fisioterapista.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

Art. 3

1. Le cure palliative e la terapia del dolore pediatrico sono garantite, attraverso l'integrazione degli ambiti di assistenza, dalle seguenti figure professionali:
 - a) medico specialista in pediatria, anestesia, rianimazione e terapia intensiva;
 - b) pediatra di libera scelta;
 - c) psicologo specialista;
 - d) infermiere, infermiere pediatrico, fisioterapista, dietista;
 - e) assistente sociale, operatore socio - sanitario.
2. Le figure professionali di cui al comma 1 possono essere integrate dall'assistente religioso.

Art. 4

1. Nelle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate sono idonei a operare i medici in servizio presso le reti medesime che, indipendentemente dal possesso di una specializzazione, alla data di entrata in vigore della legge 27 dicembre 2013, n. 147, sono in possesso di un'esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative, certificata dalla regione di competenza sulla base di criteri determinati con decreto del Ministro della salute di natura non regolamentare, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Art. 5

1. Il funzionamento delle reti nazionali delle cure palliative, terapia del dolore, cure palliative e terapia del dolore pediatrico, è garantito, a seconda della patologia di base e del quadro clinico, anche con la partecipazione di ulteriori figure professionali già presenti nelle strutture sanitarie del territorio.

Art. 6

1. L'allegato tecnico al presente Accordo, che ne costituisce parte integrante, definisce i contenuti dei percorsi formativi obbligatori e omogenei in termini di conoscenza, competenza ed abilità previsti per le figure professionali operanti nelle reti di cure palliative, terapia del dolore, cure palliative e terapia del dolore pediatrico, ai fini dello svolgimento dell'attività professionale.

Art. 7

1. Le tipologie delle strutture nelle quali si articolano a livello regionale le reti di cure palliative, terapia del dolore, cure palliative e terapia del dolore pediatrico, nonché le





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

MINISTERO DELLA COORDINAZIONE PERMANENTE PER I RAPPORTI
CON LE REGIONI, LE PROVINCE AUTONOME
DI TRIGLIONE E BOLZANO

modalità per assicurare il coordinamento sono indicate nell'intesa sancita da questa Conferenza il 25 luglio 2012 (rep. Atti n. 151/CSR).

Art. 8

1. All'attuazione del presente accordo si provvede nei limiti delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente, e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

IL SEGRETARIO
Antonio Nadded



IL PRESIDENTE
Maria Carmela Lanzetta

Allegato tecnico dell'articolo 5, in merito ai contenuti minimi in termini di Conoscenza, Competenza ed Abilità definito per le figure professionali operanti nelle reti di cure palliative, terapia del dolore, cure palliative e terapia del dolore pediatrico, ai fini dello svolgimento dell'attività professionale nelle strutture sanitarie pubbliche e private e nelle organizzazioni senza scopo di lucro.



Contenuti comuni per i professionisti che operano nella rete delle cure palliative dell'adulto

AREE DI COMPETENZA	COMPETENZE	CONTENUTI FORMATIVI
Competenze organizzative	<p>Saper individuare e riconoscere il malato in fase terminale di malattia, affetto da patologia oncologica e non oncologica, e la eleggibilità per la presa in carico in CP.</p> <p>Saper valutare la qualità delle CP (MMSI, indicatori)</p> <p>Saper presentare ad un malato e ad un suo familiare le finalità dell'assistenza domiciliare di cure palliative e/o del ricovero in hospice</p> <p>Saper contribuire a programmare le attività clinico assistenziali in una rete di CP</p> <p>Saper trasmettere informazioni all'interno dell'equipe di cure relative a tutte le fasi dell'assistenza</p> <p>Saper comunicare con tutte le figure professionali che operano nella Rete di CP, per assicurare la continuità assistenziale</p>	<p>Conoscere le definizioni e le principali normative (nazionali, regionali, regionali) di riferimento per le CP</p> <p>Criteri di eleggibilità per l'attivazione e l'accesso alle CP nei diversi setting assistenziali</p> <p>Scale di misurazione del performance status e strumenti di valutazione prognostica</p> <p>Fattori prognostici delle principali malattie oncologiche degenerative (oncologiche e non oncologiche) (MMSI, indicatori)</p> <p>Principali dati epidemiologici di mortalità per le patologie oncologiche degenerative più frequenti (MMSI, indicatori)</p> <p>Elementi di struttura, processo e risultato per la valutazione della qualità della CP (MMSI, indicatori)</p> <p>Strumenti per la valutazione della qualità percepita: vittorie, valori e criticità nelle CP (MMSI, indicatori)</p> <p>Finalità dell'assistenza domiciliare di cure palliative, del ricovero in hospice, ambulatorio specialistico e consulenza palliativa</p> <p>Strategie di organizzazione delle attività clinico assistenziali in una rete di CP</p> <p>Elementi che rendono efficace la trasmissione delle informazioni nell'equipe</p> <p>Fondamentale, organizzazione, ruolo e responsabilità dell'equipe multi professionale di CP</p>
Competenze psico-relazionali e psicosociali	<p>Saper gestire l'ansietà e il disagio con il paziente e la famiglia</p> <p>Saper accreditare l'expertise specialistica di CP per valorizzare il ruolo e favorire l'accoglienza da parte del malato e della famiglia (MMSI)</p> <p>Saper impostare e condurre il colloquio in un ambito familiare problematico, riconoscendo le condizioni che richiedono l'attivazione di un colloquio con un operatore dell'equipe specialistica di CP ed eventualmente la consulenza e la cura in hospice (MMSI)</p> <p>Saper comunicare le cattive notizie e rispondere alle domande difficili (MMSI, indicatori)</p> <p>Saper gestire la comunicazione con i familiari nel passaggio dalla prognosi della malattia e delle perdite di autonomia del malato</p> <p>Saper riconoscere la storia familiare e il contesto, la famiglia complessa / difficile</p> <p>Saper riconoscere il livello di consapevolezza della famiglia e del malato relativamente all'ingenuità della malattia</p> <p>Saper comunicare e accompagnare la famiglia nella fase di morte autonoma del malato</p> <p>Saper supportare la famiglia nell'elaborazione del lutto</p> <p>Saper riconoscere i bisogni psicosociali del malato e della famiglia</p> <p>Saper comprendere i bisogni spirituali e i valori di riferimento del malato e attivare le possibili risorse di supporto ai bisogni spirituali</p> <p>Saper riconoscere i valori, le credenze, le abitudini che nelle CP hanno impieghi ricadute nell'assistenza e nella gestione del dolore e nelle decisioni nella fase finale della vita</p> <p>Saper valutare la qualità di vita del malato</p>	<p>Tecniche di comunicazione e metodologie di conduzione dei colloqui</p> <p>Metodologie di comunicazione verbale e non verbale</p> <p>Tecniche di comunicazione delle cattive notizie (MMSI, indicatori)</p> <p>Conversazioni di fine vita</p> <p>Modelli psico-relazionali efficaci per affrontare e gestire le paure, l'aggressività, i lutti, lo stress dei familiari</p> <p>Topologia e dinamiche delle strutture familiari in CP</p> <p>Elementi che caratterizzano una famiglia difficile o complessa</p> <p>Modelli psico-relazionali efficaci per affrontare e gestire le paure dei familiari</p> <p>Fasi del lutto e lutto prolungato</p> <p>Strumenti per riconoscere e valutare i bisogni psico-sociali</p> <p>Differenze fra bisogno spirituale e bisogno religioso</p> <p>Differenti impieghi con culturali nel controllo della morte e del morire</p> <p>Principali definizioni e strumenti per la valutazione della qualità di vita in CP</p>

Profilo professionale CP



Competenze etiche	Saper identificare, discutere e contribuire a gestire i principali dilemmi etici che si presentano nelle cure dei malati con patrimonio in forte avanzato ed alla fine della vita	Principi etici in medicina e loro applicazione nella CP Principi che giustificano la scelta etica della sedazione palliativa e la differenziazione dalla eutanasia Consenso informato, limitazione dei trattamenti, pianificazione anticipata delle cure, direttive anticipate. Strumenti per la gestione dei conflitti etici in CP (leggi, linee guida, consulenza etica, Comitato Etico)
Competenze nella ricerca	Saper implementare nella pratica clinica i dati della letteratura scientifica relativa alla CP	Possibilità e limiti della ricerca in CP Pratica della Medicina Basata sulle Evidenze (EBM) in CP Metodi e strumenti più comuni utilizzati nella ricerca in cure palliative
Competenze di formazione	Saper offrire le proprie competenze all'interno dell'equipe di CP Saper progettare eventi formativi interni all'equipe Saper partecipare a eventi comunicativi pubblici con i cittadini	Metodologie didattiche più efficaci per favorire l'apprendimento dagli adulti Principi di progettazione di eventi formativi; metodologie didattiche adeguate all'apprendimento specifico in CP Principi di comunicazione al pubblico

Contenuti specifici per singola figura professionale

MEDICI specialisti di cui all'articolo 1, lett. a) e MEDICI di cui all'articolo 4.

PROFilo PROFESSIONALE	Medici specialisti di cui all'art. 1, lett. a) e medici di cui all'articolo 4
Ruoli professionali	Medici specialisti di cui all'art. 1, lett. a) e medici di cui all'articolo 4
Ambito professionale	Tutti i setting di cure nella fase di Cure Palliative, come previsto dalla legge 58/2010
Area di attività	Organizzazione, Clinica, Relazione e Comunicazione
Tipologia qualifica	Laurea in medicina e chirurgia e specializzazioni previste dal presente Accordo

AREE DI COMPETENZA	COMPETENZE	CONTENUTI FORMATIVI
Competenze cliniche	<p>Saper identificare, diagnosticare, inquirere, trattare, valutare l'efficacia e modificare l'intervento per i seguenti sintomi: Dolore, Ansiosità, Apatia, Nausea, Ritenzione, Depressione, Distress, Distagio, Dispnea, Edemi, Edema polmonare acuto, Emofilia, Emorragia massiva, Ictericità, Ittaco, Mucosi, Nauzea, Ostruzione delle vie aeree, Ostruzione intestinale, Ostruzione urinaria, Prurito, Rischio venoso, Sindrome metabolica, Singhiozzo, Stipsi, Tachicardia, Tossicodipendenza, Versamento pleurico, Vertigine.</p> <p>Saper gestire le emergenze in CP</p> <p>Saper valutare, nella fine terminale di vita, la necessità di introduzione delle terapie e degli interventi Saper individuare i mezzi per i quali è opportuna una sedazione palliativa Saper gestire la sedazione palliativa</p> <p>Saper gestire le cure di fine vita</p>	<p>Modello di comparsa, insorgenza, modalità di insorgenza, sistemi terapeutici e di modulazione dell'intervento per i seguenti sintomi: Dolore, Ansiosità, Apatia, Nausea, Ritenzione, Depressione, Distress, Distagio, Dispnea, Edemi, Edema polmonare acuto, Emofilia, Emorragia massiva, Ictericità, Ittaco, Mucosi, Nauzea, Ostruzione delle vie aeree, Ostruzione intestinale, Ostruzione urinaria, Prurito, Rischio venoso, Sindrome metabolica, Singhiozzo, Stipsi, Tachicardia, Versamento pleurico, Versamento pleurico, Vertigine</p> <p>La gestione delle emergenze: ipercapnia, Emorragia massiva, Compressione midollare, Sindrome della vena cava superiore, Insufficienza cardio-respiratoria.</p> <p>Principi di rivascolizzazione delle terminazioni e degli interventi nella fase terminale di vita Indicazioni e farmaci da utilizzare nella sedazione palliativa</p> <p>Principi che giustificano la scelta etica della sedazione palliativa e la differenziazione dalla eutanasia</p> <p>Procedura e modalità di organizzazione per la migliore gestione degli ultimi giorni di vita</p>

Profilo professionali CP



Profil profesional CP



MEDICO di MEDICINA GENERALE

PROFLO PROFESSIONALE Medico di Medicina Generale	
Ruoli professionali Medico di medicina generale	
Area professionale	Cure primarie
Area di attività	Organizzazione, Clinica, Relazione e comunicazione
Tipologia qualifica	Livello in Medicina e Chirurgia - Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

AREE DI COMPETENZA	COMPETENZE	CONTENUTI FORMATIVI
Competenze cliniche	<p>Saper riconoscere, diagnosticare, monitorare, trattare, valutare l'efficacia e introdurre l'intervento per i seguenti sintomi: Dolore, Ansietà, Ansia, Rache, Astenia, Cadute, Depressione, Diarrea, Distagio, Stipsi, Edemi, Edema polmonare acuto, Emofilia, Emorragia nasale, Focolocazioni, Ittero, Malore, Nausea, Ostruzione delle vie aeree, Occlusione intestinale, Ostruzione d'urto, Pianto, Rianodo genovale, Sindrome medastinica, Sanguigno, Steno, Tensione, Tossic, Versamento pericardico, Versamento pleurico, Vomito.</p> <p>Saper gestire le emergenze più comuni in CP</p> <p>Saper identificare i criteri che devono guidare le indicazioni degli obiettivi di cura rispetto alle condizioni del malato ed alle sue attese</p> <p>Saper valutare, nella fase terminale di vita, la necessità di rivedere le scelte delle terapie e degli interventi</p> <p>Saper individuare i malati per i quali è appropriata una sedazione palliativa</p>	<p>Medicina di comunità, Fisiologia, antropologia, salute di popolazione, azioni terapeutiche e di introduzione dell'intervento per i seguenti sintomi: Dolore, Ansietà, Ansia, Rache, Astenia, Cadute, Depressione, Diarrea, Distagio, Stipsi, Edemi, Edema polmonare acuto, Emofilia, Emorragia nasale, Focolocazioni, Ittero, Malore, Nausea, Ostruzione delle vie aeree, Occlusione intestinale, Ostruzione urto, Pianto, Rache genovale, Sindrome medastinica, Sanguigno, Steno, Tensione, Tossic, Versamento pericardico, Versamento pleurico, Vomito.</p> <p>Criteri utili per individuare i malati con dolore e con altri sintomi per i quali è utile una consulenza specialistica</p> <p>Gestione delle emergenze: ipertensione, emorragia nasale, congestione spinale, itterico</p> <p>Principi di introduzione delle terapie e degli interventi nella fase terminale di vita</p> <p>Indicazioni delle sedazioni palliative e modalità con cui viene attuata</p>



INFERMIERE

PROFILO PROFESSIONALE		Infermiere
Ruoli professionali		infermiere
Ambito professionale		Tutti i setting di cura nella Rete di Cure Primarie, come previsto dalla Legge 38/2013
Area di attività		Organizzazione, Circolo ed Auspicio, Relazione e comunicazione
Tipologia qualifica		Laurea infermieristica
AREE DI COMPETENZA	COMPETENZE	CONTENUTI FORMATIVI
<p>Competenze cliniche ed assistenziali</p>	<p>Previdere, riconoscere e interpretare i bisogni della persona assistita in CP e della sua famiglia</p> <p>Riconoscere, misurare, trattare (in collaborazione con altri professionisti) e valutare l'efficacia dell'intervento per i seguenti sintomi: Dolore, Ansiosità, Ansia, Acute, Astenia, Cachessia, Capnosintosi, Stitichezza, Costipazione, Dispnea, Edemi, Edema polmonare acuto, Emottosi, Emorragia nasale, Intossicazioni, Icteri, Mucositi, Nasale, Occlusione delle vie aeree, Occlusione intestinale, Ostruzione urinaria, Prurito, Rinite allergica, Sindrome metabolica, Sanguinamento, Tachicardia, Tossic, Versamento pericardico, Versamento pleurico, Vertigine</p> <p>Riconoscere, analizzare e valutare in base al regime del malato, il sistema, di valutazione, di fine vita e di Luta</p> <p>Collaborare nell'equipe alla gestione delle emergenze in CP</p> <p>Valutare, nella fase terminale di vita, la necessità di modulazione delle terapie e degli interventi</p> <p>Collaborare in équipe alla sedazione palliativa</p> <p>Preparare e attuare le cure di fine vita</p>	<p>Imparo che la malattia inguaribile e il processo del morire hanno sulla famiglia e sul malato.</p> <p>Modalità di consenso, farmacologica, multidisciplinarietà, stile di intervento, opzioni terapeutiche e di modulazione dell'intervento per i seguenti sintomi: Dolore, Ansiosità, Ansia, Acute, Astenia, Cachessia, Depressione, Stitichezza, Costipazione, Dispnea, Edemi, Edema polmonare acuto, Emottosi, Emorragia nasale, Intossicazioni, Icteri, Mucositi, Nasale, Occlusione delle vie aeree, Occlusione intestinale, Ostruzione urinaria, Prurito, Rinite allergica, Sindrome metabolica, Sanguinamento, Tachicardia, Tossic, Versamento pericardico, Versamento pleurico, Vertigine</p> <p>Riconoscere di tipo fisico: deficit di audizione, alterazione della nutrizione, carenza di liquidi, alterazione del cavo orale, incontinenza, disturbi del sonno, non aderenza alla terapia, rischio di infezioni, incontinenza intestinale e urinaria.</p> <p>Riconoscere di tipo psicologico: alterazione dell'immagine corporea, negazione, depressione, paura, ansia, angoscia, letargia di colpo</p> <p>Riconoscere di tipo sociale: alterazione delle comunicazioni, difficoltà del ruolo dei caregiver, incapacità di adattamento, resistenza e coping.</p> <p>Risorse spirituali: speranza, ricerca di senso</p> <p>Principi per l'assistenza infermieristica nelle emergenze in CP</p> <p>Principi di modulazione delle terapie e degli interventi nella fase terminale di vita</p> <p>Indicazioni e farmaci da utilizzare nella sedazione palliativa</p> <p>Procedure clinico assistenziali ed organizzative per la migliore gestione degli ultimi giorni ed ore di vita.</p>

Profili professionali CP



PSICOLOGO SPECIALISTA

PROFILO PROFESSIONALE	Psicologo specialista
Ruoli professionali	Psicologo specialista
Ambito professionale	Tutti i setting di cura nella Rete di Cure Palliative, come previsto dalla Legge 38/2010
Area di attività	Relazione e comunicazione
Tipologia qualifica	Licenza e specializzazione

AREE DI COMPETENZA	COMPETENZE	CONTENUTI FORMATIVI
Competenze cliniche e psico-relazionali	<p>Saper effettuare una valutazione psicologica del malato, tenendo conto delle specificità della fine della vita e dei principi di intervento della CP</p> <p>Saper utilizzare, interpretare e integrare gli strumenti di valutazione e i loro risultati</p> <p>Saper applicare i modelli di supporto ai pazienti ed ai caregiver durante il percorso di malattia e del lutto</p> <p>Saper valutare/monitorare gli interventi psicoterapeutici</p> <p>Saper condurre e/o partecipare alla discussione caso</p> <p>Saper impostare un efficace lavoro di supervisione d'équipe</p> <p>Saper attuare strategie efficaci per il riconoscimento e prevenzione del burn out</p> <p>Saper applicare le tecniche del lavoro di gruppo per il contenimento del malatesta lavoristico</p>	<p>Metodi per la rilevazione dei sintomi psicologici e il disagio differenziale nel malato in CP</p> <p>Analisi di facilitazione della relazione</p> <p>Tecnica e dinamiche dell'assessment psicologico</p> <p>Relazione terapeutica, approcci centrati sul paziente nella CP</p> <p>Metodologie di Audit</p> <p>Aspetti di interazione ed interrelazione di gruppo</p> <p>Taxia, sintomi, terapia del burn-out</p> <p>Comunicazione efficace e gestione delle situazioni traumatiche in CP</p>

ASSISTENTE SOCIALE

PROFILO PROFESSIONALE	Assistente sociale
Ruoli professionali	Assistente sociale
Ambito professionale	Tutti i setting di cura nella Rete di Cure Palliative, come previsto dalla Legge 38/2010
Area di attività	Organizzazione, Relazione e comunicazione
Tipologia qualifica	Licenza specialistica

AREE DI COMPETENZA	COMPETENZE	CONTENUTI FORMATIVI
Competenze professionali e sociali	<p>Saper offrire informazioni di natura amministrativa e di segreteria sociale relative alla Rete di CP</p> <p>Saper analizzare la scena familiare e il contesto socio-ambientale e culturale</p> <p>Saper gestire le famiglie nelle quali sono presenti minori e adolescenti</p> <p>Saper intervenire e gestire i bisogni sociali e assistenziali del malato e della famiglia, promuovendo soluzioni appropriate</p> <p>Saper attivare e mediare i rapporti</p>	<p>Indicazioni sociali alla costituzione propria di aziende in una Rete di CP</p> <p>Definizioni e caratteristiche del lavoro di comunità in una Rete di CP</p> <p>Strumenti di rilevazione e valutazione sociale in CP</p> <p>Normative relative ai diritti di tutela del malato e famiglia e dei minori</p> <p>Dinamiche dell'infanzia e dell'adolescenza nel contesto del fine vita, della morte e del lutto</p> <p>Servizi della rete di CP per l'assistenza sociale e loro modalità di erogazione</p> <p>Reti di riferimento in CP</p> <p>Procedure per l'ottenimento dei diritti di tutela normativa e procedure per l'Amministrazione di Sostegno</p> <p>Ruoli, funzioni e attivazione del mediatore culturale</p>

Profili professionali CP



FISIOTERAPISTA

PROFILO PROFESSIONALE	Fisioterapista
Ruoli professionali	Fisioterapista
Ambito professionale	Tutti i setting di cura nella Rete di Cure Palliative, come previsto dalla legge 38/2013
Area di attività	Assistenza, Educazione e consulenza
Tipologia qualifica	Licenza

AREE DI COMPETENZA	COMPETENZE	CONTENUTI FORMATIVI
Competenze assistenziali	<p>Saper utilizzare gli strumenti per valutare, nel malato in CP, la possibilità di movimento dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana</p> <p>Saper progettare e attuare un programma riabilitativo per raggiungere la massima autonomia e mobilità possibile per il malato nelle attività di vita quotidiana</p> <p>Saper riconoscere e modificare gli obiettivi della fisioterapia durante il corso della malattia in progressiva evoluzione</p> <p>Saper educare il malato e i familiari a collaborare alla cura</p>	<p>Programmi per raggiungere la massima autonomia personale desiderata e possibile per il malato nelle attività quotidiane</p> <p>Programmi per l'educazione del malato e del familiare</p>

OPERATORE SOCIO SANITARIO

PROFILO PROFESSIONALE	Operatore Socio-Sanitario (O.S.S.)
Ruoli professionali	Operatore Socio-Sanitario (O.S.S.)
Ambito professionale	Tutti i setting di cura nella Rete di Cure Palliative, come previsto dalla legge 38/2013
Area di attività	Organizzazione, Assistenza
Tipologia qualifica	Attuatore di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, come previsto dalla Conferenza Stato-Regioni del 22 febbraio 2002

AREE DI COMPETENZA	COMPETENZE	CONTENUTI FORMATIVI
Competenze assistenziali	<p>Dimostrare capacità di riflessione critica, analisi e giudizio clinico nell'assistere i pazienti e le famiglie che vivono l'esperienza di una malattia inguaribile e del tutto, con l'obiettivo di rispondere ai loro bisogni Psici, emotivi, psico-sociali e spirituali.</p>	<p>Principi di assistenza ai pazienti e alle famiglie che vivono l'esperienza di una malattia inguaribile e del tutto.</p>



DIETISTA

PROFLO PROFESSIONALE	Dietista	
Ruoli professionali	Dietista	
Ambito professionale	Tutti i setting di cura delle Reti di Cure Primarie, come previsto dalla legge 38/2010	
Area di attività	Assistenza	
Tipologia qualifica	Laurea	
AREE DI COMPETENZA	COMPETENZE	CONTENUTI FORMATIVI
Competenze essenziali	<p>Saper valutare il bisogno alimentare e nutrizionale del malato ed elaborare nell'ambito delle équipe multiprofessionali e multidisciplinari il programma di cura</p> <p>Saper elaborare e definire, nell'ambito dell'équipe di CP, le indicazioni alimentari e il supporto nutrizionale adeguato ai bisogni del malato e alla fase di malattia.</p> <p>Saper educare il malato e i familiari a collaborare nei decisioni nutrizionali</p>	<p>Alimentazione e supporto nutrizionale (etero e parenterale) in CP</p> <p>Indicazioni alimentari e supporto nutrizionale adeguato ai bisogni del malato e alla fase di malattia, indicazioni, gestione tecnica e delle complicanze della nutrizione artificiale in CP</p> <p>Programmi per l'educazione del malato e del familiare</p>

Profili professionali CP



Contenuti comuni per i professionisti che operano nella rete delle cure palliative e terapia del dolore pediatrico

AREE DI COMPETENZA	COMPETENZE	CONTENUTI FORMATIVI
Competenza organizzativa	<p>Saper riconoscere quali bambini sono eleggibili per la presa in carico nelle CPP e nella TO pediatrica specialistica</p> <p>Saper programmare e attività in una Rete di CPP e TO pediatrica specialistica</p> <p>Saper riconoscere i bisogni del bambino/famiglia che definiscono livelli assistenziali differenziali di CPP</p> <p>Saper dare adeguati informazioni sulle CPP e sulla TO pediatrica specialistica e sulle modalità organizzative di erogazione</p> <p>Saper trasmettere informazioni all'interno dell'equipe di cui relativi a tutte le fasi dell'assistenza</p> <p>Saper condividere strumenti di lavoro integrati</p> <p>Saper lavorare in maniera multidisciplinare</p> <p>Saper condurre gli obiettivi di cura, operarsi e prendere decisioni in équipe</p> <p>Saper valutare la qualità delle CPP e della TO pediatrica specialistica</p>	<p>Criteri di eleggibilità TO pediatrica specialistica e alle CPP dei bambini eleggibili con patologia oncologica e non oncologica</p> <p>Modello che comprende interventi di TO pediatrica specialistica</p> <p>Percorsi di malattia, sintomi e prognosi delle patologie eleggibili alle CPP</p> <p>Siti epidemiologici di mortalità e morbilità per le patologie onco-ematologiche più frequenti nei bambini</p> <p>Modelli assistenziali e sistemi organizzativi esistenti nei diversi setting della Rete di CPP (domestici, ospedalieri, hospice, ambulatoriali)</p> <p>Metodologie di implementazione dei percorsi organizzativi assistenziali</p> <p>Modello di attivazione e gestione della rete di CPP e di TO pediatrica specialistica</p> <p>Definisci e principali normative (ministeriali, nazionali, regionali) di riferimento per le CPP e la TO pediatrica specialistica</p> <p>Funzionamento, organizzazione, ruoli e responsabilità dell'equipe multi-professionale di CPP e di TO pediatrica specialistica</p> <p>Servizi e risorse della Rete di CPP e di TO pediatrica specialistica</p> <p>Strumenti di ottimizzazione del programma assistenziale, di monitoraggio e di valutazione dell'equipe</p> <p>Pan di sviluppo fisico, cognitivo, esperienziale e relazionale del paziente pediatrico</p> <p>Strumenti utili alla valutazione dei bisogni espressi, non espressi e possibili</p> <p>Strategie per valutare la famiglia, il livello di consapevolezza nella situazione, le risorse disponibili e le speranze future</p> <p>Strategie per comunicare con bambino e famiglia significati, ruolo e modalità di attivazione e gestione della rete di CPP e di TO Pediatrica specialistica</p> <p>Elementi che rendono efficace la trasmissione delle informazioni all'equipe</p> <p>Strumenti e metodologie di lavoro integrato</p> <p>Metodologie di coinvolgimento, negoziazione, condivisione ed analisi critica</p> <p>Elementi di struttura, processi e risultati per la valutazione della qualità delle CPP e della TO pediatrica specialistica</p>
Competenza clinica	<p>Saper attuare piani di educazione terapeutica al bambino e famiglia</p> <p>Saper collaborare nell'accesso alla gestione delle emergenze in CPP</p> <p>Saper gestire le cure di fine vita</p>	<p>Strumenti per un intervento formativo alla famiglia</p> <p>Strategie di monitoraggio del livello di formazione raggiunta</p> <p>Procedure emergenze in CPP e modalità di gestione</p> <p>Modalità di attuazione della sedazione terapeutica</p> <p>Gestione del sintomo durante il fine vita</p> <p>Strategie per comunicare e collaborare con bambino e famiglia in scelte terapeutiche</p> <p>Strategie di comunicazione con la famiglia in relazione al dolore</p> <p>Strategie di supporto assistenziale nella fase di fine vita e di gestione della salma</p>
Competenza psico-relazionali e psicosociali	<p>Saper comunicare con bambini di diversa età, condizioni clinica, etnia e cultura</p> <p>Saper comunicare con famiglie di diverse organizzazioni, livelli sociali, etnia e cultura</p> <p>Saper attuare il modello di cure che prevedere per tutto il figure professionali</p> <p>Saper valutare e gestire le aspettative di bambino e</p>	<p>Tecniche di comunicazione con il bambino di diversa età, con disabilità cognitive e/o sensoriale, di etnia e cultura diverse</p> <p>Tecniche di comunicazione adeguate al contesto familiare</p> <p>Tecniche di comunicazione delle cattive notizie</p> <p>Strutture familiari</p> <p>Modello psico-relazionale per affrontare e gestire le paure ed ansie di bambino e famiglia</p> <p>Gestione del conflitto tra bambino e famiglia nelle decisioni relative al stato assistenziale</p> <p>Gestione della situazione di contemporaneo lutto</p>

Profilo professionali CP



	<p>Famiglia Saper riconoscere il livello di consapevolezza ed adattabilità di bambini/famiglia allo sviluppo ed al piano assistenziale individualizzato</p> <p>Saper valutare in équipe i bisogni attuali e potenziali del bambino e della famiglia</p> <p>Saper comprendere e gestire i bisogni spirituali del bambino e della famiglia e attivare le possibili risorse di supporto ai bisogni spirituali</p> <p>Saper accompagnare la famiglia nella fase del lutto e sostenere nell'elaborazione del lutto</p> <p>Saper descrivere e attuare strategie efficaci per la cura di sé</p>	<p>Tecniche di comunicazione e metodologie di conduzione dei colloqui</p> <p>Metodologie di comunicazione verbale e non verbale</p> <p>Strategie per risolvere, supportare ed ottimizzare le risorse presenti nella famiglia</p> <p>Strumenti per la valutazione e la gestione dei bisogni fisici, psico-relazionali, sociali, spirituali del bambino, attuali e potenziali</p> <p>Strategie per identificare le potenzialità e le capacità residue attivabili</p> <p>Strategie per identificare e valorizzare volontà, desideri e sogni del bambino</p> <p>Strategie di integrazione del bambino nella comunità dei pari</p> <p>Strumenti per la valutazione e la gestione dei bisogni psicologici ed emotivi, economici e sociali, spirituali della famiglia, attuali e potenziali</p> <p>Strategie per individuare e sostenere le risorse attivabili della rete familiare</p> <p>Strategie per individuare le persone più fragili e bisognose di aiuto nella famiglia</p> <p>Strategie di integrazione della famiglia e livello sociale e strumenti che permettono di massimizzare il proprio ruolo all'interno della comunità</p> <p>Strategie per identificare e valorizzare le volontà e i desideri della famiglia nell'ottica della qualità di vita</p> <p>Differenza fra bisogno spirituale e bisogno religioso</p> <p>Metodi di attivazione di risorse di supporto spirituale</p> <p>Modalità di attivazione di risorse di supporto al lutto</p> <p>Strategie per bilanciare i bisogni del bambino/famiglia/ lutto e le necessità di cura di sé</p>
Competenze etiche	Saper identificare, discutere e gestire i principali dilemmi ADO che si presentano nella CPP	Saie etiche, deontologiche e normative che definiscono il diritto del paziente pediatrico alla gestione del dolore Principi etici di medicina e loro applicazione nella CPP Strumenti per la gestione dei conflitti etici in CPP
Competenze nella ricerca	Saper implementare nella pratica clinica i dati della letteratura scientifica relativa alla CPP e alla TD pediatrica specialistica	Passività e limiti della ricerca in CPP e TD pediatrica Pratici della Medicina Basata sulle Evidenze (EBM) in CPP e TD pediatrica Metodi e strumenti più comuni utilizzati nella ricerca in CPP e TD
Competenze di formazione	Saper gestire programmi di formazione continua in CPP e TD Pediatrica Saper trasferire le proprie competenze agli operatori della rete e saper programmare ed attuare attività di training	Strategie di individuazione dei bisogni formativi, degli strumenti didattici, di pianificazione e valutazione di eventi formativi Conoscere la formazione sul campo come metodo di sviluppo delle competenze insieme all'equipe



Contenuti formativi specifici per singola figura professionale

MEDICI specialisti di cui all'art.3, lett. a) e b)

PROFilo PROFESSIONALE	Medici specialisti di cui all'art.3, lett. a) e b)
Ruoli professionali	Medici specialisti di cui all'art.3, lett. a) e b)
Ambito professionale	Tutti i settori di cura sotto la cura di Cure Primarie e di Terapia del dolore Pediatrico, come previsto dalla Legge 16/2013
Area di attività	Clinica
Tipologia qualifica	Lauree in medicina e chirurgia e specializzazioni previste dal presente Accordo

ANZI DI COMPETENZA	COMPETENZE	CONTENUTI FORMATIVI
Competenze cliniche	<p>Saper riconoscere, diagnosticare, misurare, trattare i dolori acuti, procedure e cronici nel neonato, bambino ed adolescente.</p> <p>Saper impostare programmi di terapia analgesica rispetto alla capacità adattiva e di attivazione del bambino.</p> <p>Saper riconoscere, diagnosticare, misurare, trattare i comuni focoli più frequenti e disturbi nel neonato, bambino ed adolescente.</p> <p>Saper riconoscere, diagnosticare, misurare e trattare i comuni disti accompagnano l'agibilità e la terminalità pediatrica.</p>	<p>Fisiopatologia, diagnosi, metodiche di valutazione e trattamento del dolore acuto, procedure e cronico nel neonato, bambino ed adolescente.</p> <p>"Best practice" di scelta e somministrazione dei farmaci analgesici nel neonato, bambino e adolescente.</p> <p>Fisiopatologia, diagnosi, metodiche di valutazione e di trattamento dei comuni focoli più frequenti e disturbi nel neonato, bambino ed adolescente.</p> <p>Fisiopatologia, diagnosi, metodiche di valutazione e trattamento dei comuni disti accompagnano l'agibilità e la terminalità pediatrica.</p> <p>Utilizzo di presidi che permettono il funzionamento ed il monitoraggio delle funzioni vitali.</p> <p>"Best practice" di scelta e di somministrazione/utilizzo dei farmaci e dei presidi nell'ottica della qualità della vita.</p>



Infermiere e Infermiere pediatrico

PROFILO PROFESSIONALE	Infermiere e Infermiere pediatrico
Ruolo professionale	Infermiere e Infermiere pediatrico
Ambito professionale	Tutti i setting di cura nella Rete di Cure Palliative e di Terapia del dolore pediatrico, come previsto dalla Legge 38/2013
Area di attività	Organizzazione - Clinico-assistenziale
Tipologia specifica	Laurea Infermieristica - Laurea Infermieristica Pediatrica

AREE di COMPETENZA	COMPETENZE	CONTENUTI FORMATIVI
Competenze cliniche e assistenziali	<p>Saper attuare il piano</p> <p>Saper attuare interventi di terapia sintomatica e di controllo del sintomo favorendo l'approccio multidisciplinare</p> <p>Saper attuare un processo di nursing nella CPP e TD attraverso l'ascoltamento e la diagnosi infermieristica, l'identificazione degli obiettivi e la pianificazione degli interventi, l'attuazione degli interventi, la valutazione del piano assistenziale.</p>	<p>Documenti utili e la misurazione del dolore nelle diverse età e condotte cliniche</p> <p>"Best practice" di somministrazione delle scale algologiche</p> <p>Principi di farmacologia del dolore, classificazione del dolore acuto, pre-esistente, cronico e terminale nel neonato, bambino ed adolescente</p> <p>Modalità di somministrazione ed effetti collaterali dei farmaci analgesici</p> <p>Tecniche non farmacologiche per il controllo del dolore, meccanismi di funzionamento, indicazioni e limiti</p> <p>Modalità di somministrazione di terapie farmacologiche e non per il controllo dei sintomi disturbanti</p> <p>Metodologie di pianificazione degli interventi assistenziali, in collaborazione con l'equipe multidisciplinare</p> <p>Modalità di pianificazione e conduzione del PdP in équipe, modalità di monitoraggio e di valutazione</p> <p>Meccanismi di attuazione di un programma di educazione terapeutica</p>

Per le figure dello psicologo, psicoterapista, dietista, assistente sociale ed operatore socio-sanitario si rimanda all'allegato tecnico relativo alle cure palliative.

Contenuti dei percorsi formativi obbligatori

AI FINI DELLO SVOLGIMENTO DELLA ATTIVITA' PROFESSIONALE NELLE STRUTTURE SANITARE PUBBLICHE E PRIVATE NELLE ORGANIZZAZIONI SENZA SCOPO DI LUCRO OPERANTI NELL'AMBITO DELLE RETI PER LA TERAPIA DEL DOLORE

In linea generale si raccomanda l'uso di metodologie attive e blended:

- Lezioni interattive
- Lavoro su casi didattici
- Focus group
- Formazione sul campo
- Tirocini
- Studio personale



Contenuti comuni dei percorsi formativi obbligatori per la terapia del dolore

AREE DI COMPETENZA	COMPETENZE	CONTENUTI FORMATIVI
Competenze organizzative	<p>Saper individuare e riconoscere la persona con dolore persistente e cronico, come sintomo di una patologia e/o lesione organica, e con dolore "maestri" e/o l'eleggibilità per la presa in carico nella rete di Terapia del Dolore (TD).</p> <p>Saper programmare le attività in una Rete di TD</p> <p>Saper preparare e presentare alla persona con dolore e ad un suo familiare il "piano di cura" secondo una relazione d'aiuto</p> <p>Saper trasmettere informazioni all'interno dell'equipe di Terapia del Dolore a tutte le fasi del piano di cura condiviso</p> <p>Saper comunicare con tutte le figure professionali che operano nella Rete di TD per assicurare la continuità assistenziale</p> <p>Sapers interfacciare con la rete di CF</p> <p>Saper collaborare alla stesura, revisione ed applicazione di procedure e protocolli operativi relativi alle diverse fasi del processo di produzione, in accordo con le NRP ed il Sistema Qualità</p> <p>Saper valutare la qualità delle prestazioni erogate e delle attività svolte nella rete</p>	<p>Principali patologie che presentano nel quadro clinico, come elemento fondamentale il dolore.</p> <p>Processo prognostico delle principali malattie (tumo-digenetiche con oncologiche ed oncologiche), ed eventuali interventi risolutivi.</p> <p>Criteri di eleggibilità per l'attivazione e l'accesso alla TD nei diversi setting assistenziali.</p> <p>Definizioni e principali normative (internazionali, nazionali, regionali) di riferimento per la TD</p> <p>Funzionamento, organizzazione, ruoli e responsabilità dell'equipe multi-professionale dei Centri di TD</p> <p>Cammini che rendono efficace la trasmissione delle informazioni nell'equipe della rete</p> <p>Funzionamento, organizzazione della rete di CF</p> <p>Elementi di struttura, processo e risultato per la valutazione della qualità della TD</p> <p>Strumenti per la valutazione della qualità (percorsi, indicatori, misure e criteri) nella TD</p>
Competenze psico-relazionali e psico-sociali per affrontare il Paziente con dolore cronico ed in particolare la "Malattia"	<p>Saper gestire l'incontro e il dialogo con il paziente e la famiglia tenendo di conto di inquirere i vari aspetti della disabilità fisica, psicologica e sociale connessi direttamente alla patologia e al dolore.</p> <p>Saper riconoscere gli ostacoli psicologici all'accettazione della terapia con oppioidi</p> <p>Saper riconoscere il livello di consapevolezza della famiglia e della persona con dolore relativamente all'ingiarbitria della malattia</p> <p>Saper riconoscere la storia familiare e i contesti, la famiglia complessiva / difficile</p> <p>Saper gestire la comunicazione con i familiari nei passaggi critici della progressione della malattia e della perdita di autonomia della persona con dolore</p> <p>Saper valutare la qualità di vita della persona con dolore</p>	<p>Tecniche di comunicazione e metodologie di conduzione dei colloqui</p> <p>Metodologie di comunicazione verbale e non verbale</p> <p>Elementi sulle dinamiche psicologiche, culturali e familiari che, nei malati e nelle loro famiglie, possono determinare barriere all'utilizzo dei farmaci oppioidi</p> <p>Tipologia e dinamica delle strutture familiari in TD</p> <p>Strumenti per riconoscere e valutare i bisogni psico-sociali</p> <p>Principali definizioni e strumenti per la valutazione della qualità di vita in TD</p>
Competenze etiche	<p>Saper identificare, discutere e gestire i principali dilemmi etici che si presentano nella cura dei malati con patologie croniche e nel dolore "Maestri" dove le scelte terapeutiche gestionali vanno affrontate in un'ottica multidisciplinare</p>	<p>Conoscenza riferimento, limitazione del trattamento</p> <p>Strumenti per la gestione dei dilemmi etici in TD (implementazione, consulenza etica, Comitato Etico)</p> <p>Principi etici in medicina e loro applicazione in TD (sistema di ripartizione, principi del doppio-effetto)</p>
Competenze nella ricerca	<p>Saper implementare nella pratica clinica i dati della letteratura scientifica relativa alla TD</p>	<p>Finalità e limiti della ricerca in TD</p> <p>Pratica della Ricerca Basata sulle Evidenze (EBM) in TD e sui "real world"</p>
Competenze di formazione	<p>Saper trasferire le proprie competenze all'interno dell'equipe di TD</p>	<p>Metodologie didattiche più efficaci per favorire l'apprendimento degli adulti</p> <p>Principi di progettazione di eventi formativi, metodologie didattiche adatte all'apprendimento specifico in TD</p>



Contenuti formativi specifici per singola figura professionale

MEDICO SPECIALISTA IN ANESTESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

PROFILIO PROFESSIONALE	Medico Specialista
Ruolo professionale	Medico Anestesiista
Ambito professionale	Tutti i setting di cura nella fase di Terapia del Dolore, come previsto dalla Legge 38/2013
Area di attività	Clinica
Tipologie qualifica	Laurea specialistica in Medicina e Chirurgia + Specializzazione in Anestesiologia, Rianimazione e Terapia Intensiva (specialità equipollente per la terapia del dolore)

AREE DI COMPETENZA	COMPETENZE	CONTENUTI FORMATIVI
Competenze cliniche	<p>Saper rispondere ai bisogni della persona affetta da dolore indipendentemente dalla sua etiopatogenesi, valutazione il grado di disabilità</p> <p>Saper impostare il trattamento multimodale con particolare attenzione agli aspetti farmacologici</p> <p>Saper applicare le principali tecniche strumentali mininvasive ed invasive</p> <p>Saper valutare l'efficacia dei trattamenti e modificare l'intervento per i principali sintomi correlati alle patologie croniche</p> <p>Saper affrontare con adeguatezza le situazioni cliniche correlate con le condizioni di dolore acuto e cronico</p> <p>Saper riconoscere e gestire le principali situazioni di emergenza in TD</p>	<p>Aspetti generali</p> <p>Principali dati epidemiologici per le patologie acute e cronico-degenerative ad alta prevalenza più frequente</p> <p>Basi anatomiche e fisiologiche della genesi, trasmissione e percezione dello stimolo doloroso</p> <p>La fisiopatologia degli stati ipercati: processi patologici ed i meccanismi patogenetici</p> <p>Aspetti diagnostici</p> <p>Criteri per la valutazione algologica</p> <p>Approccio diagnostico al paziente con dolore per identificare l'origine dell'evento, il processo patologico nonché il o i meccanismi patogenetici responsabili</p> <p>Scala di misurazione del dolore e della funzione con riferimento alle attività della vita quotidiana, alla disabilità bio-psico-sociale</p> <p>Strumenti diagnostici per imaging e neurofisiologici per la conferma dell'ipotesi diagnostica</p> <p>Criteri identificazione pazienti complessi affetti da "malattia dolore" per avviare una gestione multidisciplinare</p> <p>Aspetti terapeutici</p> <p>Caratteristiche e modalità di impiego dei Farmaci analgesici e non dipendenza per il trattamento del dolore</p> <p>Elementi relativi ai procedimenti "invasione" dei farmaci</p> <p>Protocolli di terapia analgesica nelle diverse situazioni cliniche</p> <p>Principali tecniche strumentali analgesiche invasive (tecniche di neurostimolazione spinale, di neurolesione percutanea di neurostimolazione spinale e periferica, ecc) e mininvasive (blochi con radiofrequenza delo spazio periferico, della articolazione, ecc)</p> <p>Tecniche di monitoraggio delle funzioni vitali clinici e tecniche rianimatorie</p> <p>L'imaging interventistico (imaging ecografico e radiologico)</p> <p>Aspetti generali</p> <p>Criteri per il follow-up, gestione dell'evoluzione algologica in numerose situazioni cliniche</p> <p>Principi di gestione integrata</p> <p>Approfondimenti dell'attività professionalizzante sviluppata nell'ambito della Scuola di Specializzazione</p> <p>Gestione pazienti affetti da dolore acuto, pazienti affetti da dolore cronico ed i pazienti di cura cronomatica nella fase multimodale, realizzazione procedimenti di terapia analgesica nelle diverse situazioni cliniche</p>

Profili professionali Terapia del Dolore

		Applicazione delle principali tecniche strumentali analitiche invasive e non invasive Discussione con gli specialisti medici di altre discipline per una condotta terapeutica integrata Decisione emergenziale
--	--	--

Per le figure del medico di medicina generale, psicologo, infermiere, fisioterapista si rimanda all'elenco tecnico riguardante le cure palliative.



Capitolo

e

LA FORMAZIONE IN CURE PALLIATIVE E IN TERAPIA DEL DOLORE

- e.I** - La formazione accademica: Master e CFU in CP e TD
- e.II** - La formazione continua in ambito sanitario (ECM)
- e.III** - La formazione del volontariato



e.I



La formazione accademica

e.I.A

L'istituzione di Master in cure palliative e in terapia del dolore
(GU n.89 del 16-4-2012)



e.I.A.1

Decreto 4 aprile 2012
Istituzione del Master universitario di Alta Formazione
e Qualificazione in "Terapia del dolore" per medici specialisti
(GU n.89 del 16-4-2012)

DUCRETO 4 aprile 2012

Istituizione del Master universitario di Alta Formazione e Qualificazione in «Terapia del dolore per medici specialisti».

**IL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE,
DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA**

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Visa la legge 15 marzo 2010, n. 38 «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore»;

Visa, in particolare, l'art. 8 che prevede, tra l'altro, che il Ministro dell'istruzione dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, individua con uno o più decreti i criteri generali per la disciplina degli ordinamenti didattici specifici dei percorsi formativi in materia di cure palliative e nella terapia del dolore nonché i criteri per l'istituzione di Master in cure palliative e nella terapia del dolore;

Viso il progetto preliminare per l'organizzazione di un percorso formativo «di 60 CFU» predisposto dal Gruppo di lavoro, di cui al D.D. 22 ottobre 2010, per l'acquisizione di conoscenze e competenze avanzate approfondite e specialistiche nel campo della terapia del dolore, da parte dei medici, che abbiano conseguito le specializzazioni indicate all'art. 5, comma 2, della suddetta legge n. 38 e nel successivo accordo previsto nello stesso art. 5, comma 2;

Ritenuto opportuno predisporre per gli Atenei idonei criteri per la istituzione di un Master universitario di Alta Formazione e Qualificazione relativo a maggiori e più specialistici approfondimenti in materia di terapia del dolore per medici, che abbiano conseguito le specializzazioni di cui all'art. 5, comma 2, della citata legge n. 38 e indicate nel successivo accordo previsto nello stesso art. 5, comma 2;

Viso il parere del Consiglio Universitario Nazionale espresso nell'adunanza del 21 aprile 2011;

Viso il parere del Consiglio Superiore di Sanità espresso nella seduta del 13 dicembre 2011;

Decreta:

Art. 1.

Per le finalità di cui alle premesse sono approvati gli allegati criteri per la istituzione del Master universitario di Alta Formazione e Qualificazione in «Terapia del dolore per medici, che abbiano conseguito le specializzazioni di cui all'art. 5, comma 2, della legge 15 marzo 2010, n. 38, e di cui al successivo accordo previsto nello stesso articolo 5, comma 2.

Art. 2.

A decorrere dall'a.a. 2011/2012 le Università possono istituire il corso di Master universitario di Alta Formazione e Qualificazione per medici, che abbiano conseguito le specializzazioni di cui all'art. 5, comma 2, della legge di cui all'art. 1 e al successivo accordo previsto nello stesso art. 5, comma 2, nel rispetto dei criteri allegati al presente decreto.

Al termine del corso si consegue il Master universitario di Alta Formazione e qualificazione in «Terapia del dolore» titolo accademico qualificante personale competente nella terapia del dolore che può svolgere attività professionale nelle strutture sanitarie pubbliche e private e nelle organizzazioni senza scopo di lucro operanti nella rete per la terapia del dolore.

Roma, 4 aprile 2012

*Il Ministro dell'istruzione,
dell'università e della ricerca*
Pizzardi

Il Ministro della salute
Bizzozzi

Autografo

**MASTER UNIVERSITARIO DI ALTA FORMAZIONE
E QUALIFICAZIONE IN TERAPIA DEL DOLORE**

Il Master di alta formazione e qualificazione in terapia del dolore è istituito ai sensi del comma 1, art. 8 della legge 15 marzo 2010, n. 38 «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore» e del decreto ministeriale n. 5081/999, al fine di formare figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nell'ambito della terapia del dolore (comma 2 e 3, art. 7) che possano svolgere attività professionale nelle strutture sanitarie pubbliche e private e nelle organizzazioni senza scopo di lucro operanti nella rete per la terapia del dolore (comma 1, art. 8).

Il Master opera nell'ambito di una rete formativa dotata di risorse accademiche e socio-sanitarie adeguate. È attivato nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia (dove nei rispettivi ordinamenti costituzionali, costituzionali e formativi) di seguito indicati.

Il Master è attivato dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia che abbiano approvazioni di Formazione in terapia del dolore secondo attività di scuola di specializzazione in Anestesiologia e Terapia Intensiva. Detti Facoltà devono garantire lo svolgimento di attività cliniche in terapia del dolore in strutture sanitarie e attraverso convenzioni con i centri della rete di terapia del dolore accreditati dal SSN.

Il Master può essere istituito ed attivato anche in collaborazione con Facoltà di Medicina e Chirurgia della stessa o di altre Università, purché dotate degli standard e dei requisiti di cui in seguito, al fine di assicurare una vantaggiosa utilizzazione delle risorse strutturali e del corpo docente, previa stipula di appositi convenzioni. L'atto convenzionale individua le sedi costituenti della scuola, le risorse finanziarie, strutturali e di personale di cui sono necessari al funzionamento del master stesso.



I percorsi didattici sono articolati in attività formative e attività CTF, ripartiti analiticamente e quasi dispositivi per le scuole di specializzazione di area sanitaria (art. 2 del decreto ministeriale 1° agosto 2009, *Welfare Sociale e Specializzazione di Area Sanitaria*).

Il corpo docente del Master è costituito da professori di ruolo di prima e seconda fascia, da ricercatori incaricati e personale operante in strutture non universitarie, appartenente alla rete formativa del Master, nominato dal Consiglio di Facoltà su proposta del Consiglio del Master.

La direzione del Master è affidata ad un docente unito onorario del settore sanitario-disciplinari con la Terapia del Dolore come specifico ambito di competenza.

La parte finale consiste nella discussione della tesi e nella consegna dei risultati delle valutazioni periodiche nonché dei giudizi dei docenti-tutori. Per il conseguimento del titolo il candidato è tenuto a dover avere superato 60 CTF complessivi articolati in 1 anno di corso.

Profilo di apprendimento

Il Master deve garantire l'approfondimento della competenza clinico, gestionale e di ricerca, nell'ambito della terapia del dolore, tali da fornire la classica competenza nelle tecniche diagnostiche ed interventive cronache, migliori le capacità di pianificazione e gestione del percorso diagnostico-terapeutico nell'ambito della rete di terapia del dolore, garantendo continuità assistenziale dal territorio all'ospedale.

I docenti del Master devono implementare la loro competenza in campo biologico, farmacologico, diagnostico, fisiopatologico, terapeutico del dolore sia sottopatico che neuropatico a partire dai meccanismi e fisiologia, rispondendo al bisogno del corso: aumentare capacità di gestione clinico-organizzativa nel contesto della rete della terapia del dolore.

Il Master è proposto di perfezionare specialisti ideati a partire dai Centri di Terapia del Dolore della rete, specialisti in grado di trattare le persone affette da neuropatologia dolorosa cronica, da neuropatia nociceptiva e da nevralgia trigemina.

Obiettivi formativi qualificanti

Obiettivo formativo di base sono: approfondimento della fisiopatologia del dolore; delle conoscenze teoriche e pratiche per la diagnosi, ed il trattamento delle patologie dolorose e del dolore cronico; l'approfondimento e l'affidabilità degli interventi assistenziali e gestionali; l'approfondimento delle metodologie di valutazione del paziente e della qualità della vita, nonché della conseguenze psicologiche e comportamentali; la conoscenza delle principali tecniche della comunicazione terapeutica; la conoscenza e la implementazione dei principi dell'etica medica e della bioetica clinica.

Obiettivo formativo contestualizzato: il docente deve garantire capacità metodologiche attinenti alla logica clinica, alle strategie decisionali, al management del paziente con dolore nel contesto della rete di terapia del dolore.

Deve inoltre avere raggiunto specificità competenziali nei settori della:

- valutazione e trattamento della persona con dolore sia sottopatico che secondario;
- pianificazione e gestione dell'assistenza al malato con dolore cronico;
- lavoro in équipe interdisciplinare e interprofessionale;
- acquisizione di conoscenze, capacità ed esperienze di gestione del dolore nel fine vita;
- acquisizione dei principi di bioetica applicabili alle situazioni di cura;
- conoscenza del management sanitario, dell'organizzazione del lavoro e dell'economia sanitaria.

Attività pratiche obbligatorie per il raggiungimento delle finalità didattiche del master sono:

Valutazione paziente con dolore cronico; implementazione piano terapeutico e follow-up per 100 pazienti.

- Corso di tirocinio (parte residenziale) 1
- Tutti quei percorsi 20
- Tutti i casi cronici 3
- Indicazioni curative dei casi cronici 20
- Prilavorazione e monitoraggio 20
- Monitoraggio assistenziale (regime di cura, farmacologia) 24
- Applicazione delle principali tecniche diagnostiche croniche
- Conoscere e applicare il QST e quantitative sensory test in 10 pazienti

Dati medici anamnestici in corso di un anno.

- Paradigmi 25
- modelli spaziali per neuroanatomia e neurofisiologia 10
- procedura di diagnosi e terapia e terapia cronica periferica 30
- Tecnica di anestesia (farmaci e a indole oppioidi) 20
- Monitoraggio e gestione clinica impiantabile per Neurostimolazione e Neurochirurgia 3
- Diagnosi, gestione di ricovero, del dolore in pazienti in fase di malattia critica (trauma) 10

Definizione degli standard e dei requisiti minimi

Per raggiungere gli obiettivi formativi del master, le strutture coinvolte nella formazione teorica e pratica in Terapia del Dolore devono rispettare agli standard generali e specifici minimi, riportati al decreto ministeriale 29 marzo 2009 per le scuole di specializzazione di Medicina e Chirurgia.

Standard generali: le strutture di sede del master, in analogia alle scuole di specializzazione di area medica, devono corrispondere agli standard generali e specifici definiti nell'allegato 1 del decreto ministeriale 29 marzo 2009 (Definizione degli standard e dei requisiti minimi delle scuole di specializzazione).

Standard specifici: la struttura di sede, o contestualmente il Centro di Terapia del Dolore in possesso dei requisiti contenuti 3 art. 5 legge n. 30/2003, accreditato dal SSN e in via transitoria la FID Complessi di Terapia del Dolore dove si svolgono le attività cliniche di terapia del dolore, devono garantire la attività in regime di diagnosi, cura, follow-up, e la attività ambulatoriali (standard minimi contenuti nell'art. 7 del Decreto del Dolore), devono essere dotate di personale medico, infermieristico e amministrativo (contenuto) riportato nell'accreditamento delle strutture della rete contenute 3 art. 5 legge n. 30/2003, e devono garantire almeno 350 trattamenti ambulatoriali e 2000 accessi ambulatoriali all'anno (standard assistenziali) e la presenza di almeno 100 pazienti in fase avanzata terminale.

Requisiti generali di attività della rete formativa: la rete formativa del master, in analogia alle scuole di specializzazione di area medica, deve corrispondere ai requisiti minimi riportati nell'allegato 2 del decreto ministeriale 29 marzo 2009 (Definizione degli standard e dei requisiti minimi delle scuole di specializzazione). In particolare, per questo riguarda docenti e tutor, il master deve disporre di personale docente qualificato.

Docenti incaricati: professori e ricercatori, di cui almeno un docente universitario affiliato a ciascuno dei settori scientifico-disciplinari indicati nell'ambito della disciplina specifica delle attività formative contestualizzate, in numero non inferiore al 20% dei docenti della scuola.



Direttore non autorizzata ai servizi di strutture della rete Istituzionale, personale con esperienza debitoria - facoltà di docenza in un servizio di almeno 1 anno presso strutture specialistiche accreditate o convenzionate iscritte nella rete Istituzionale, (in numero massimo del 50% del corpo docente - ripartibile a contratto).

Direttore a contratto, esperti del settore scientifico disciplinare (in numero massimo del 10% del corpo docente): questi ultimi possono essere chiamati solo in caso di mancanza di docenti interregionali.

Reportio specifico di almeno 6 della rete Istituzionale, la rete Istituzionale del master deve presidiare i seguenti requisiti minime spaziali:

Reportio strutturale: La struttura afferente al Master deve essere dotata di specifiche capacità strutturali e culturali ed essere in grado di assicurare lo svolgimento delle attività didattico-accidentali relative almeno ai settori scientifici disciplinari compresi nelle attività curricolari specifiche. Nella rete Istituzionale devono essere presenti e disponibili con il SSN le strutture assistenziali della rete di terapia del dolore: Ambulatorio di terapia analgesica, Corso di Terapia del Dolore in possesso del requisiti comma 1 art. 3 legge n. 18/2011 accreditati dal SSN e in via transitoria le U.O. Complesse di Terapia del Dolore, 10 ambulatori del Master svolgono le loro attività di gestione pratica presso le strutture afferenti al Master individuali del Consiglio del Master ad approvazione della Facoltà di Ingegneria.

Reportio assistenziale: La struttura specialistica interregionale e quella convenzionata, sedi del master, dovranno documentare attività assistenziali nell'ambito della terapia del dolore, in termini di volume minimo delle attività assistenziali previste dalla rete.

Corso di Terapia del Dolore (in possesso dei requisiti comma 3 art. 3 legge n. 18/2011 accreditati dal SSN e in via transitoria le U.O. Complesse di Terapia del Dolore) e ambulatori di TD.

Valutazione paziente con dolore cronico, impostazione psico-comportamentale follow-up almeno 1000 il Complesso regional pain center, Inchi test parietali, Tardif back syndrome, radiologica cervico-dorsale lombi, polimerizzazione e monomero, test calce polimeri legamento, patologia articolare (trigge, diabete, fibromialgia).

Trattamenti analgesici nei casi RM.

Monitoraggio e gestione sistemi impiantati per Neuromodulazione e Stimulation 10.

Applicazioni QRT e quantitative sensori test 100

Scienze della rete

Linee guida del sito 100

Attività di Master

Primo corso iscritto al Master di alta formazione e qualificazione in terapia del dolore master specializzati di cui all'art. 3, comma 3, legge n. 15 marzo 2001, n. 38, con documentazione formativa in terapia del dolore, in possesso di certificazione di:

conoscenza delle basi anatomiche e fisiologiche della pain, conoscenza e percezione della sindrome dolorosa, delle caratteristiche farmacologiche e le modalità di impiego degli analgesici nonché le procedure analgesiche farmacologiche;

partecipazione a valutazioni etologiche in pazienti con dolore di origine di base

esecuzione di almeno:

25 parafarmaci

10 accessi spinali per nuovo modulazione

10 blocchi periferici periferici

conoscenza delle tecniche farmacologiche e pratica nel trattamento di pazienti con sospette intossicazioni

pratica emergenze in almeno 30 pazienti

La documentazione formativa in terapia del dolore deve essere comprovata da un Diploma di Specializzazione che prevede la attività interdisciplinare o certificato del responsabile di un Corso di Terapia del Dolore in possesso dei requisiti comma 3 art. 3 legge n. 18/2011 accreditati dal SSN e in via transitoria le U.O. Complesse di Terapia del Dolore accreditate con il SSN.

Impostazione didattica

Il corso di Master ha la durata di 12 mesi (pari a 60 CFU, 100 ore di lavoro complessivo delle studenti). La struttura Accademica del Master all'inizio del corso lo monitora periodicamente e produce rapporti con i cod. della CFU e con proposte un elenco dettagliato per i docenti.

Per l'implementazione del corso ed il raggiungimento degli obiettivi gli studenti del Master svolgono la loro attività pratica negli ambulatori e corsi di Terapia del Dolore, nelle strutture della struttura del master negli ospedali.

La formazione teorica, pari a 30 CFU (70 ore), prevede la frequenza ai corsi stabiliti dal regolamento didattico. La distribuzione di CFU all'interno di ogni singolo ambito disciplinare è stabilito dal Collegio dei Docenti. L'assenza frequentativa del discente è riportata a cura del docente del corso su apposito registro.

La formazione pratica, pari a 30 CFU (70 ore), prevede lo svolgimento delle attività riportate nella normativa sui requisiti minimi specifici di idoneità del master. Ogni atto pratico è seguito e certificato in apposito libro registro da un docente della struttura assistenziale nella quale viene svolta l'attività. È responsabilità del Direttore del master la verifica dell'implementazione di tutte le attività pratiche previste dalla normativa in materia. Il Direttore firma e l'elenco delle attività pratiche di così sistematico, sono parte integrante della certificazione di Master.

Titolo finale

Al termine del corso si consegna il diploma triennale di alta formazione e qualificazione in terapia del dolore, istituito ai sensi del comma 1, art. 3 della legge 15 marzo 2001, n. 38 all'Espresso per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore) e decreto ministeriale n. 100/2009.

L'elenco delle strutture teoriche e pratiche del master del Consiglio della struttura didattica fa parte integrante del curriculum di studi validi che verrà consegnato alle studentesse alla fine del corso, unitamente al libretto di corso concernenti l'elenco delle capacità acquisite ed alla valutazione della prova finale.



Ordinamento didattico

Attività formative	Ambiti disciplinari	Settori scientifico-disciplinari	CFU	Tot. CFU
Di Base	Discipline generali per la formazione in Terapia del dolore	SD/14 Farmacologia MCD/05 Oncologia Medica MCD/09 Medicina Interna MCD/08 Neurologia M-PSI/01 Psicologia Generale		3
Caratterizzanti	Discipline specifiche	MCD/11 Anestesiologia		3
Affini o integrative	Basi culturali e bioetiche	M-STO/04 (Antropologia) GOS/17 (Diritto)		2
	Discipline medico-chirurgiche	MED/33 Malattie apparato locomotore MCD/34 Medicina fisica e riabilitativa MCD/36 Diagnostica per immagini e radioterapia MEDI/35 Scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche		4
	Area delle Scienze psico-sociali	M-PSI/08 Psicologia Clinica M-PED/01 Pedagogia Generale Sociale M-PED/03 Didattica e Pedagogia Speciale SPS/08 Sociologia dei processi Culturali e Consumativi		5
Attività di tirocinio Pratico	Almeno il 70% della tipologia specifica, elettive e altre	nelle strutture di sede o convenzionate presenti nella rete formativa del Master		30
A scelta dello studente				1
Altre		Conoscenze linguistiche, elaborazione statistica dei dati scientifici		1
Per le prove finali				3
TOTALE				60

EQUAD296

— 24 —



e.I.A.2

Decreto 4 aprile 2012
Istituzione del Master universitario di Alta Formazione e
Qualificazione in "Cure palliative" per medici specialisti
(GU n.89 del 16-4-2012)

DUCRETO 4 aprile 2012

Istituzione del Master universitario di Alta Formazione e Qualificazione in «Cure palliative» per medici specialisti.

**IL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE,
DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA**

IN CONCERTO CON

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Vista la legge 15 marzo 2010, n. 38 «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore»;

Vista, in particolare, l'art. 8 che prevede, tra l'altro, che il Ministro dell'istruzione dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, individua con uno o più decreti i criteri generali per la disciplina degli ordinamenti didattici specifici dei percorsi formativi in materia di cure palliative e nella terapia del dolore nonché i criteri per l'istituzione di Master in cure palliative e nella terapia del dolore;

Visto il progetto preliminare per l'organizzazione di un percorso formativo «di 120 CFU», predisposto dal Gruppo di lavoro costituito con D.D. 22 ottobre 2010, per l'acquisizione di conoscenze e competenze altamente approfondite e specialistiche nel campo delle cure palliative da parte dei medici, che abbiano conseguito le specializzazioni di cui all'art. 5, comma 2, della suddetta legge n. 38 e indicate nel successivo accordo previsto dallo stesso art. 5, comma 2;

Ritenuto opportuno predisporre per gli Atenei idonei criteri per la istituzione di un Master universitario di Alta Formazione e Qualificazione, relativi a maggiori e più specialistiche approfondimenti in materia di cure palliative per medici, che abbiano conseguito le specializzazioni di cui all'art. 5, comma 2, della citata legge, n. 38, e indicate nel successivo accordo previsto dallo stesso art. 5, comma 2;

Visto il parere del Consiglio Universitario Nazionale espresso nell'adunanza del 21 aprile 2011;

Visto il parere del Consiglio Superiore di Sanità espresso nella seduta del 13 dicembre 2011;

Decreta:

Art. 1.

Per le finalità di cui alle premesse sono approvati gli allegati criteri per la istituzione del Master universitario di Alta Formazione e Qualificazione in «Cure palliative» per medici che abbiano conseguito le specializzazioni di cui all'art. 5, comma 2, della legge 15 marzo 2010, n. 38, e indicate nel successivo accordo previsto dallo stesso art. 5, comma 2.

Art. 2.

A decorrere dall'a. a. 2011/2012 le Università possono istituire il corso di Master universitario di Alta Formazione e Qualificazione per medici che abbiano conseguito le specializzazioni indicate all'art. 5, comma 2, della legge di cui all'art. 1 e nel successivo accordo previsto dallo stesso art. 5, comma 2, nel rispetto dei criteri allegati al presente decreto.

Al termine del corso si consegue il Master universitario di Alta Formazione e Qualificazione in «Cure palliative» titolo accademico qualificante personale competente nelle cure palliative che può svolgere attività professionale nelle strutture sanitarie pubbliche e private e nelle organizzazioni senza scopo di lucro operanti nella rete per le cure palliative.

Roma, 4 aprile 2012

*Il Ministro dell'istruzione,
dell'università e della ricerca*
PIRILLO

Il Ministro della salute

BOLOGNI

ALBERTINI

**MASTER UNIVERSITARIO DI ALTA FORMAZIONE
E QUALIFICAZIONE IN CURE PALLIATIVE**

Premesse:

Il Master di alta formazione e qualificazione in cure palliative è istituito ai sensi del comma 1, art. 4 della legge 15 marzo 2010, n. 38 «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore» e decreto ministeriale n. 595/2009, al fine di fornire figure professionali con specifiche competenze ed esperienze nell'ambito delle cure palliative (comma 2 e 3, art. 5) che possono svolgere attività professionali nelle strutture sanitarie pubbliche e private e nelle organizzazioni senza scopo di lucro operanti nella rete per le cure palliative (comma 3, art. 4).

Il Master opera nell'ambito di una rete formativa dotata di risorse accademiche e non accademiche adeguate allo svolgimento delle attività previste.

Il Master è tenuto dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia che abbia la esperienza di formazione in cure palliative, avendo avuto di almeno tre anni consecutivi master o corso di alta formazione o percorsi elettivi di scatti di specializzazione o altri corsi di formazione professionale nell'ambito delle cure palliative. Dotate Facoltà devono garantire lo svolgimento di attività cliniche in cure palliative in strutture autonome o attraverso convenzioni, attività da almeno tre anni, con uno o più luoghi perché accreditati dal SSN.

Il Master può essere istituito ed erogato anche in collaborazione con Facoltà di Medicina e Chirurgia di altre Università, purché dotate degli standard e dei requisiti di sopra indicati, al fine di assicurare una vantaggiosa collaborazione delle risorse didattiche e del corpo docente, senza ostacoli di ripetersi concorrente. L'atto costitutivo individua la sede amministrativa della scuola, la struttura finanziaria, statutaria e il personale docente necessario al funzionamento del master stesso.



I percorsi didattici sono articolati in attività formative e relative CTF (spazi autoformativi a spazio dedicato per le scuole di specializzazione di una struttura art. 2 del decreto ministeriale 17 agosto 2010: *Decreto Scuole di Specializzazione di Area Specialistica*). Il corso è strutturato in moduli tematici multidisciplinari che prevedono forme integrate di attività teoriche, esperienze di laboratorio e apprendimento individuali.

Il corso docenti del Master, costituito da professori di ruolo di primo e secondo livello, docenti non universitari, di personale operante in strutture non universitarie, appartenenti alla rete formativa del master, e da esperti esterni (ricercatori e clinici), è nominato dal Consiglio di Facoltà su proposta del Consiglio del Master. Il corso docente comprende almeno un professore di ruolo afferente a ciascuno dei settori scientifici-disciplinari indicati nell'ambito delle discipline specifiche delle attività formative curricolari. La direzione del Master è affidata ad un docente non docente di ruolo del nucleo di formazione derivato con contratto CDFU (complessivo attached) nella sede di corso.

La prova finale consiste nella discussione della tesi e tiene conto dei risultati delle valutazioni periodiche nonché dei prodotti dei disegni finali. Per il raggiungimento del titolo di studio la formazione deriva con contratto CDFU (complessivo attached) nella sede di corso.

Profilo di apprendimento

Il Master si propone di formare medici idonei ad operare nell'ambito della rete di cure palliative, fornendo conoscenze teoriche e competenze nel campo della cura del paziente in fase avanzata di malattia in ogni patologia oncologica, le tesi e suoi aspetti del controllo dei sintomi alla gestione della équipe multidisciplinare e del percorso di cura.

I docenti del Master devono garantire competenza in campo fisiopatologico e farmacologico, nella diagnosi e nella storia della sintomatologia e dei sintomi correlati in fase terminale, sugli aspetti etici e psicologici, organizzando, al termine del corso, autonomo capacità clinica nelle seguenti attività:

Obiettivi formativi qualificanti

Obiettivi formativi di base sono: la conoscenza della fisiopatologia del dolore, la comunicazione teorica e la pratica clinica necessarie per la diagnosi ed il trattamento delle complicanze e dei sintomi in fase avanzata. L'apprendimento della metodologie di valutazione di qualità della vita, la conoscenza dei bisogni di salute degli individui e delle loro famiglie, e della appropriatezza e dell'efficacia degli interventi assistenziali, la conoscenza delle principali tecniche della comunicazione interpersonale, la conoscenza e la ragionevole dei principi dell'etica medica e della bioetica clinica.

Obiettivi formativi costituzionali, il docente deve garantire capacità metodologiche attinenti alla logica clinica, alle strategie decisionali, al management del processo, che garantiscono un approccio globale e integrato riferito alla soluzione dei problemi clinici e assistenziali del paziente.

Deve inoltre avere specifiche competenze nei settori della:

- valutazione e trattamento dei sintomi della fase avanzata di malattia in ogni patologia oncologica;
- pianificazione e gestione dell'assistenza al malato terminale ed alla sua famiglia;
- interazioni con i servizi socio-sanitari pubblici e del privato cittadini nel territorio;
- lavoro in équipe multidisciplinare e interprofessionale;
- comunicazione con malati in fase terminale e con il nucleo familiare;

Obiettivi formativi affini e integrativi, il docente deve inoltre garantire competenza nella:

- impostazione di comunicazioni, rapporti ed esperienze di accompagnamento al fine vita e di supporto al lutto;
- impostazione di comunicazioni del setting in cure palliative residenziali e domiciliari;
- applicazione dei principi di bioetica applicabili alle situazioni cliniche;
- conoscenza dei principi di antropologia applicabili alle situazioni di terminalità;
- conoscenza del management sanitario, dell'organizzazione del lavoro e dell'economia sanitaria;
- valutazione e gestione della sofferenza psicologica e della dimensione spirituale in fase vita;
- conoscenza delle possibilità di supporto farmacologico e della terapia complementare;
- rispetto ed esperienza di integrazione con il volontariato;

Altre attività professionali/obbligatorie per il raggiungimento del titolo di laurea sono:

- la partecipazione fisiopatologica delle manifestazioni cliniche in almeno 50 pazienti;
- la scelta della terapia analgesica in almeno 50 casi, integrandola con la cura della terapia del dolore;
- la scelta terapeutica per il controllo dei principali sintomi della fase terminale in almeno 50 casi;
- lo svolgimento di colloqui assistenziali con i pazienti con loro caregiver in almeno 50 casi;
- la scelta dell'approccio terapeutico in situazioni di crisi o di acute (trauma, disturbi metabolici, scompenso, ecc.) in almeno 50 pazienti in varie fasi di malattia.

Definizione degli standard e del registro minimo

Per raggiungere gli obiettivi formativi elencati, le strutture concorrenti alla formazione in Cure Palliative devono rispondere a standard generali e specifici ed a requisiti minimi, in analogia a quanto previsto dal decreto ministeriale 29 marzo 2006 per le scuole di specializzazione.

Standard generali: le strutture di sede del master, in analogia alle scuole di specializzazione di area medica, devono corrispondere agli standard generali definiti nell'allegato 1 del decreto ministeriale 29 marzo 2006 (Definizione degli standard e dei requisiti minimi delle scuole di specializzazione).

Standard specifici: le strutture di sede o concorrenti (ospedali), dove si svolgono le attività cliniche di cure palliative, devono garantire le attività di diagnosi curativa, con una dotazione minima di 10 letti, e le attività infermieristiche (standard infermieristici in cure palliative, devono essere dotate di personale medico, infermieristico e paramedico) (standard organizzativi); e 10 risorse infermieristiche/degustazione all'anno (standard quantitativi di pazienti in fase avanzata/terminale).

Requisiti generali di idoneità della rete formativa: la rete formativa del master, in analogia alle scuole di specializzazione di area medica, deve corrispondere ai requisiti minimi operativi nell'allegato 2 del decreto ministeriale 29 marzo 2006 (Definizione degli standard e dei requisiti minimi delle scuole di specializzazione); in particolare, per quanto riguarda docenti e tutor, il master deve disporre di personale docente specifico.

Docenti concorrenti: professori e ricercatori, di cui almeno uno afferente a ciascuno dei settori scientifici-disciplinari indicati nell'art.



tra delle discipline specifiche delle attività formative universitarie, in quanto non riferite al NPQ dei docenti della scuola.

Docenti non universitari in servizio in strutture formative formative, previste per esperienza didattica - formative documentarie o non riferite di almeno 5 anni presso strutture specialistiche universitarie/interuniversitarie, iscritte nella rete formativa, in quanto inserite nel NPQ del corpo docenti - espulsi o cessati.

Docenti a contratto, esperti del settore scientifico-disciplinare (in quanto inserite nel NPQ del corpo docenti), quest'ultimo possono essere chiamati solo in caso di mancanza di docenti universitari.

Requisiti specifici di idoneità della rete formativa, la rete formativa del master deve prevedere i seguenti requisiti comuni specifici:

Requisiti comuni. Le strutture aderenti al Master devono essere dotate di specifiche capacità scientifiche e culturali ed essere in grado di svolgere le attività didattico-ricercative relative almeno ai settori scientifico-disciplinari compresi nelle attività caratterizzanti specifiche. Nella rete formativa devono essere presenti strutture accademiche residenziali (tipo hospes) e didattiche con documentazione attività palliative e inserite nella rete nazionale delle università.

Gli studenti del Master svolgono le loro attività di tirocinio presso le strutture aderenti al Master individuato dal Consiglio del Master ad approvazione della Facoltà di riferimento.

Requisiti accademici. Le strutture specialistiche universitarie e non universitarie sedi del master devono assicurare attività accademiche nell'ambito delle cure palliative, ma in termini di almeno anni (contando specifici accademici) negli ambiti specifici, sia in termini di volume minimo delle attività accademiche annuali della rete:

• interpretazione filopatologica delle manifestazioni cliniche almeno 150

• scade della terapia sintomatica almeno 150

• scade terapeutica per il controllo dei principali sintomi, almeno 150

• sviluppo interattivo con i pazienti e con loro familiari, almeno 150

• approccio terapeutico in situazioni di crisi o di morte, almeno 150

Requisiti clinici. Le Facoltà di Medicina e Chirurgia accreditate come sedi del Master devono avere esperienza di formazione in cure palliative, avendo avuto almeno tre anni consecutivi ospiti e corsi di alta formazione o percorsi educativi di scade di specializzazione o altri corsi di formazione post-laurea nell'ambito delle cure palliative.

Accesso al master

Possono essere iscritti al Master di alta formazione e qualificazione in cure palliative specialiste nelle discipline di cui all'art. 5, comma 2, legge 15 marzo 2008, n. 58. Per l'ammissione al master, oltre alla valutazione del curriculum è previsto un colloquio preliminare per valutare la preparazione dello studente anche al fine di eventuali richiami da CTU necessari per il completamento del titolo.

Definizione del corso

Il Consiglio dei Docenti del master può decidere, sulla base del curriculum del singolo candidato, una riduzione dei CTU necessari per il completamento del titolo, fino ad un massimo di 60 CTF relativi alle attività professionalizzanti, ai seguenti criteri:

• anche con documentazione esplicita, storico quinquennale con responsabilità specifiche nel campo delle cure palliative o della terapia del dolore presso strutture assistenziali residenziali (tipo hospes) o domiciliari, iscritte nella rete nazionale delle cure palliative,

• specialità nelle discipline di cui all'art. 5, comma 2, legge 15 marzo 2008, n. 58, che abbiano svolto nel corso dello studio di specializzazione attività presso la Facoltà accreditata per il master o equivalenti, un documento personale e letterario in cura palliativa o CUF o in specialità (3 CTF di prova finale).

• anche in possesso di laurea o trattamento di maturazione palliativa con documentazione attività professionalizzate.

Organizzazione didattica

Il corso del master ha la durata di 24 mesi (pari a 120 CTF, 1000 ore complessive di impegno da parte dello studente). Per l'esplicitazione del corso ed il raggiungimento degli obiettivi gli studenti svolgono le loro attività presso negli ospedali e nei reparti di degenza ordinaria delle strutture didattiche del Master o nelle attività di assistenza domiciliare.

La formazione teorica, pari a 60 CTF (1500 ore), prevede le fasi spiccate ai sensi stabiliti dal regolamento didattico. La distribuzione di CUF all'interno di ogni singola ambito disciplinare è stabilito dal Collegio dei Docenti. La struttura didattica del master è riportata a fine del decreto del corso su apposito foglio.

La formazione pratica, pari a 60 CTF (1500 ore), prevede lo svolgimento delle attività esperienziali nella normalità e nei requisiti minimi specifici di idoneità del master. Ogni attività pratica è seguita e certificata in apposito libretto tenuto da un docente della struttura accademica nella quale viene svolta la attività. È responsabilità del Direttore del master la verifica dell'esplicitazione di tutte le attività pratiche previste dalla normativa in merito. Il libretto tenuto e l'elenco delle attività pratiche in esso contenute è parte integrante della certificazione del Master.

La struttura didattica del master all'interno del corso è, nei suoi termini e parti che ne costituiscono i contenuti, 120 CTF, in proporzione diretta derivante per i docenti.

Prova finale

Al termine del corso si erompe il collaudo Universitario di alta formazione e qualificazione in cure palliative tenuto al sensi del comma 1, art. 8 della legge 15 marzo 2008, n. 58 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore) e decreto ministeriale n. 500/1999.

L'elenco delle strutture teoriche e pratiche didattiche del consiglio della struttura didattica fa parte integrante dell'attestato di studi svolto che viene consegnato allo studente alla fine del corso, insieme al libretto di corso conterrà l'elenco delle esperienze professionali richieste ed alla valutazione della prova finale.



ORDINAMENTO DIDATTICO

Attività formative	Area disciplinari	Settori scientifico-disciplinari	CFU	Tot. CFU
Di base	Discipline generali per la formazione in medicina pediatrica	SE014 Fisiologia SE018 Medicina interna SE016 Diagnostica per immagini e radiologia II PS01E Psicologia clinica		9
Coordinamenti	Discipline specifiche	SE018 Oncologia Medica SE018 Medicina interna SE010 Malattie del sangue SE015 Neurologia SE041 Anatomologia	20	29
	Scienze umane	SE010 Fisiologia SE045 Medicina legale PS01E Psicologia Clinica	10	
Altre o integrative	Scienze culturali e letterarie	SE018 Anatomologia SE012 Storia della medicina SE045 Medicina legale SE010 Masella: apparato respiratorio SE011 Masella: apparato cardiovascolare SE012 Gastroenterologia SE013 Proctologia SE016 Chirurgia Generale SE012 Masella: apparato urogenitale SE014 Medicina feticale e neonatale SE016 Scienze intermediche generali, cliniche e pediatriche SE016 Scienze Tecniche Applicate		7
	Scienze politiche, management sanitarie	SE016 Igiene generale e ospedaliere SE014 Medicina del lavoro		
	Scienze	Discipline specifiche	SE018 Oncologia Medica SE010 Masella: apparato respiratorio SE011 Masella: apparato cardiovascolare SE015 Malattie del sangue SE017 Malattie infettive SE015 Neurologia SE014 Medicina feticale e neonatale	
Attività di lavoro professionizzanti	Simulazioni FOS delle discipline specifiche mediche e altre	tutte strutture di sede o convenzionate presenti nella rete formativa dell'Università		40
Per le altre sedi				5
Altre	English Information			2
TOTALE				128



e.I.A.3

Decreto 4 aprile 2012

Istituzione del Master universitario di Alta Formazione e Qualificazione
in "Terapia del dolore e cure palliative pediatriche" per medici pediatri
(GU n.89 del 16-4-2012)

DICRETTO 4 aprile 2012

Istituzione del Master universitario di Alta Formazione e Qualificazione in «Terapia del dolore e cure palliative pediatriche» per medici pediatri.

IL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE,
DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Vista la legge 15 marzo 2010, n. 38 «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore»;

Vista, in particolare, l'art. 8 che prevede, tra l'altro, che il Ministro dell'istruzione dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, individua con uno o più decreti i criteri generali per la disciplina degli ordinamenti didattici specifici dei percorsi formativi in materia di cure palliative e nella terapia del dolore nonché i criteri per l'istituzione di Master in cure palliative e nella terapia del dolore;

Vista il progetto preliminare per l'organizzazione di un percorso formativo «di 120 CFU» predisposto dal Gruppo di lavoro, di cui al D.D. 22 ottobre 2010, riservato ai medici in possesso di diploma di specializzazione in Pediatria per l'acquisizione di conoscenze e competenze altamente approfondite e specialistiche nel campo della terapia del dolore e cure palliative pediatriche;

Ritenuto opportuno predisporre per gli Atenei idonei criteri per la istituzione di un Master universitario di Alta Formazione e Qualificazione per medici pediatri relativo a maggiori e più specialistici approfondimenti in materia terapia del dolore e di cure palliative pediatriche;

Vista il parere del Consiglio Universitario Nazionale espresso nell'adunanza del 21 aprile 2011;

Vista il parere del Consiglio Superiore di Sanità espresso nella seduta del 17 dicembre 2011;

Decreta:

Art. 1.

Per le finalità di cui alle premesse sono approvati gli allegati-riteri per la istituzione del Master universitario di Alta Formazione e Qualificazione, per medici pediatri, in «Terapia del dolore e Cure palliative pediatriche».

Art. 2.

A decorrere dall'a.a. 2011/2012 le Università possono istituire il corso di Master universitario di Alta Formazione e Qualificazione per medici in possesso di diploma di specializzazione in Pediatria nel rispetto dei criteri allegati al presente decreto.

Al termine del corso si consegue il Master universitario in «Terapia del dolore e Cure palliative pediatriche» titolo accademico qualificante personale competente nella terapia del dolore e nelle cure palliative pediatriche, che può svolgere attività professionale nelle strutture sanitarie pubbliche e private e nelle organizzazioni senza scopo di lucro operanti nella rete per le cure palliative e per la terapia del dolore.

Roma, 4 aprile 2012

*Il Ministro dell'istruzione,
dell'università e della ricerca*
Proietti

Il Ministro della salute
Boccia

Allegato

MASTER UNIVERSITARIO DI ALTA FORMAZIONE E QUALIFICAZIONE IN TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE

Il Master di alta formazione e qualificazione in Terapia del dolore e cure palliative pediatriche è istituito ai sensi del comma 1, art. 8 della legge 15 marzo 2010, n. 38 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore) e decreto ministeriale n. 500/1002, al fine di formare figure professionali con specifiche competenze ed esperienze in terapia del dolore e cure palliative in ambito pediatrico (comma 1) e 3, art. 8), che possono svolgere attività professionale nelle strutture sanitarie pubbliche e private e nelle organizzazioni senza scopo di lucro operanti nella rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche (comma 1, art. 8).

Il Master opera nell'ambito di una rete formativa dotata di risorse accademiche e socio-sanitarie adeguate allo svolgimento delle attività professionali.

Il Master è istituito dalle Facoltà di Medicina e Chirurgia, che abbiano istituito, in almeno tre anni consecutivi, percorsi specifici di formazione sulla terapia del dolore e le cure palliative pediatriche, all'interno del corso della Scuola di Specializzazione in Pediatria, Anestesi e affino esperienze di alta formazione o altri corsi di formazione post laurea nell'ambito della terapia del dolore e le cure palliative rivolti al paziente pediatrico. La Facoltà deve garantire lo svolgimento di attività cliniche in terapia del dolore e cure palliative pediatriche, presso le strutture ospedaliere ospedaliere che costituiscono la rete regionale di Terapia del dolore e CP pediatriche (Centri Regionali, ospedali, strutture pediatriche, ospedali o percorsi strutture associate del SSN, che operano in collaborazione di almeno tre anni con la rete pediatrica).

Il Master può essere istituito ed attivato anche in collaborazione con Facoltà di Medicina e Chirurgia della stessa o di altre Università, purché dotate degli standard e dei requisiti di seguito indicati, al fine di assicurare una sinergica utilizzazione delle risorse umane e del corpo docente, previa stipula di apposita convenzione. L'atto convenzionale stabilisce le sedi amministrative del master, la risorsa docente sia strutturata e di personale docente occupato al funzionamento del master stesso.



I percorsi didattici sono articolati in attività formative e relativi CTF (spazi analoganti) a quanto disposto per le scuole di specializzazione di area sanitaria art. 2 del decreto ministeriale 17 agosto 2010: Ministero Scuola di Specializzazione di Area Sanitaria. Il corso è strutturato in moduli teorici multidisciplinari che prevedono forme integrate di attività teoriche, esperienze di tirocinio e apprendimento individuali.

Il corpo docente del Master, composto da professori di ruolo di primo e secondo livello, docenze universitarie, di personale esperto in strutture con servizio, appartenenti alla rete ospedaliera del nostro e di esperti esterni (docenti e consulenti), è nominato dal Consiglio di Facoltà su proposta del Consiglio del Master. Il corpo docente comprende almeno un docente triennale affiliato a incarico di ricerca scientifica disciplinare (adesso nell'ambito delle discipline specifiche delle attività formative caratterizzanti). La direttore del Master è affidata ad un professore di ruolo di area del settore compreso nell'ambito delle discipline specifiche delle attività formative caratterizzanti.

La prova finale consiste nella discussione della tesi e tiene conto dei risultati delle valutazioni periodiche nonché dei profici dei diventamenti. Per il conseguimento del titolo il medico in formazione deve aver superato 120 CTF (compilato) articolati in dieci di anni di corso.

Profici di apprendimento

Il Master si propone di formare medici idonei ad operare nell'ambito della cura del dolore e delle cure palliative pediatriche. Formando conoscenze teoriche, competenze ed abilità nella diagnosi e terapia del dolore e nella gestione delle diverse problematiche tecniche, psicologiche, sociali, etiche, di ricerca spirituale, organizzativa, formative, di ricerca connesse con la medicina inquadrate e/o sommate nel percorso bambino e adolescenza.

Obiettivi formativi qualitativi

in di competenza clinica

Conoscere la fisiopatologia, le metodiche di valutazione e trattamento del dolore acuto, preoperatorio e cronico nel bambino.

Acquisire competenze ed abilità nella diagnosi e nella gestione delle diverse problematiche connesse con la sintomatologia cronica e acuta (oncologica, neurologica, cardiologica, metabolica, ...).

Preparare i consensi di consenso e territorialità in ambito pediatrico.

Saper applicare un approccio terapeutico globale alla sofferenza del bambino e della sua famiglia.

Conoscere ed applicare le tecniche di palliazione per il bambino con patologia cronica e in stato di terminalità, sia in ambito ospedaliero che domiciliare.

Conoscere le problematiche legislative e medico-legali della cura rivolta ad un bambino con patologia cronica e/o irreversibile.

in di competenza etica e psicologica

Conoscere le problematiche e le tecniche inerenti la comunicazione e relazione con il bambino malato.

Acquisire competenza nella gestione con l'ematologia del sistema.

Acquisire abilità nel dialogo psicologico al bambino ed ai suoi familiari.

Conoscere i principali temi del dibattito etico sulle cure palliative pediatriche.

Acquisire competenze ed abilità per promuovere atteggiamenti etici e comportamenti educativi rispetto alle migliori metodologie del servizio e dell'assistenza nel rispetto dei diritti del bambino malato.

in di competenza metodologica

Saper individuare e definire le priorità tra i problemi del bambino e dei familiari.

Saper formulare obiettivi educativi raggiungibili e verificabili del bambino e dei familiari.

Saper progettare le attività integrate in tutti gli spazi di piani assistenziali personalizzati, secondo i criteri del lavoro di équipe.

Saper valutare l'efficacia dell'intervento assistenziale, degli aspetti personali, organizzativi e del caso.

Acquisire capacità di gestione del caso-problema e di collaborazione con il volontariato.

in di ricerca e didattica

Saper progettare e condurre un progetto di ricerca clinica, di base o applicata del servizio.

Saper individuare i canali comunicativi di rete rete di dati, condotti in un sistema diverso.

Acquisire competenze professionali ed abilità per la supervisione e la formazione del personale sanitario e non, e per il mantenimento di una formazione permanente.

Attività pratiche obbligatorie per il raggiungimento delle finalità didattiche del master sono:

Digiuno del dolore nelle diverse età pediatriche (30 incontri, 20 bambini, 10 adolescenti).

Valutazione del dolore nelle diverse età pediatriche e nei bambini con disturbi cognitivi e/o sensoriali (cinque di bambini, il campione dovrà contenere pazienti rappresentativi delle diverse età pediatriche).

Imposizione di un programma terapeutico (I e II) di gestione del dolore acuto (PS pediatrico-pediopoliario, traumatico) almeno 30 bambini, il campione dovrà contenere pazienti rappresentativi delle diverse età pediatriche).

Imposizione di un programma terapeutico (I e II) di gestione del dolore cronico/ricorrente (oncologico, traumatico, di accompagnamento a patologie croniche, dolore dentario, AEDR, dolore algico, ...) almeno 30 bambini, il campione dovrà contenere pazienti rappresentativi delle diverse età pediatriche).

Piani di cura di pazienti delle diverse età pediatriche con malattie oncologiche inquadrate (dalla comunicazione della diagnosi alla comunicazione, organizzazione della rete ed cura, demissione, organizzazione della presa in carico multidisciplinare da parte dell'équipe di tutta la famiglia e gestione della eventuale terminalità e del lutto almeno 10 bambini).

Piani di cura di pazienti delle diverse età pediatriche con malattie irreversibili non oncologiche (dalla comunicazione della diagnosi alla comunicazione, organizzazione della rete ed cura, demissione, organizzazione della presa in carico multidisciplinare da parte dell'équipe di tutta la famiglia e gestione della eventuale terminalità e del lutto almeno 10 bambini).

Lo svolgimento di colloqui individuali supportati con la rete, familiare allargata e con la rete sociale (amica, compagni di scuola, insegnanti, ...) almeno 20 casi.

Differenziazione degli standard e dei requisiti minimi

Per raggiungere gli obiettivi formativi di cui sopra, lo studente concorrerà alla formazione in Cure Palliative di cui responsabile è il medico generale e specifico ed a requisiti minimi. Lo studente è quanto previsto dal decreto ministeriale 29 marzo 2006 per le scuole di specializzazione.



na (Definizione degli standard e dei requisiti minimi delle scuole di specializzazione).

Standard generali: la struttura di sede del master, in analogia alle scuole di specializzazione di area medica, devono corrispondere agli standard generali e specifici definiti nell'Allegato 1 del decreto ministeriale 29 marzo 2009 (Definizione degli standard e dei requisiti minimi delle scuole di specializzazione).

Standard specifici: Se strutture di sede o convenzionate dove si svolgono le attività cliniche di terapia del dolore e di cure palliative palliative, devono garantire le attività di diagnosi oncologica, a garanzia multidisciplinare di terapia del dolore e CP (oltre al personale polifunzionale e specialisti strutturali), devono essere dotate di personale medico, infermieristico e amministrativo specifico (standard organizzativi), e deve garantire almeno 70 ore/anno cliniche e 30 ore/anno ambulatoriali (dapposita all'anno (standard amministrativi) di percorsi produttivi di attività (diagnostica, terapeutica, educativa) e di ricerca (psicologica (sotto l'aspetto della psicologia palliativa).

Requisiti generali di almeno della rete formativa: la rete formativa del master, in analogia alle scuole di specializzazione di area medica, deve corrispondere ai requisiti minimi specificati nell'Allegato 2 del decreto ministeriale 29 marzo 2009 (Definizione degli standard e dei requisiti minimi delle scuole di specializzazione). In particolare, per quanto riguarda docenti e tutor, il master deve disporre di personale docente specifico.

Docenti universitari professori e ricercatori, di cui almeno un docente non titolare di ruolo afferente a (cattedre di settori scientifici disciplinari relativi nell'ambito delle discipline specifiche della attività formativa caratterizzanti, in numero non inferiore al 50% del docenti della scuola.

Docenti non universitari in servizio in strutture della rete formativa, personale con esperienza didattica - formativa documentata e con servizio di almeno 3 anni presso strutture specialistiche accreditate/autorizzate/autorizzate nelle reti formative, in numero massimo del 50% del corpo docente (espulso e contratto).

Docenti a contratto, esperti del settore scientifico disciplinare (in numero massimo del 10% del corpo docente) questi ultimi possono essere chiamati solo in caso di mancanza di docenti universitari.

Requisiti specifici di almeno della rete formativa: la rete formativa del master deve possedere i requisiti seguenti, almeno specifici.

Requisiti strutturali: La struttura afferente al Master devono essere dotate di specifiche capacità scientifiche e culturali ad essere in grado di svolgere le attività clinico-accidentali relative almeno in settori scientifici disciplinari compresi nelle attività caratterizzanti specifiche. La rete formativa deve integrarsi con le reti regionali di terapia del dolore e CP polimedica, attraverso corsi derivati dalla rete regionale (Esercizi di aggiornamento, tirocinio, Disporre polifunzionale (spedienti) Gli standard del Master sviluppo le loro attività di servizio pratico presso le strutture afferenti al Master individuali dal Consiglio del Master ed approvate dalla Facoltà di riferimento.

Requisiti accademici: La struttura specialistica convenzionata e convenzionata, sede del Master, dovranno documentare attività accademiche nell'ambito della terapia del dolore e della CP post-lauree (in un termine di non più anni, ma in termini di volume minimo della attività accademica annuale della rete).

Requisiti formativi: La Facoltà di Medicina e Chirurgia accreditata come sede del Master dovranno avere esperienza di formazione in terapia del dolore e cure palliative post-lauree per la prevenzione nel campo docente di esperti della materia.

Accesso al Master

Al Master di alta formazione e qualificazione in cure palliative possono accedere i laureati in Medicina e Chirurgia in possesso della specializzazione in Palliativa o della Specializzazione in Anestesiologia con specifica formazione ed esperienza in palliativa.

Il Consiglio dei Docenti del Master può decidere, sulla base del consenso del singolo candidato, una riduzione dei CUF necessari per il conseguimento del titolo, fino ad un massimo di 60 CUF relativi alle attività professionalizzanti, se medici specialisti in Palliativa, che abbiano svolto nel corso della scuola di specializzazione almeno presso le Facoltà accreditate per il Master in oggetto, un documento personale clinico o medico-curativo palliative post-lauree (1/1/1) CUF non specificati (75 CUF di prova finale).

Per l'ammissione al Master, oltre alla valutazione del curriculum, il percorso un colloquio preliminare per valutare la preparazione dello studente anche al fine di eventuali richiedi dei CUF necessari per il conseguimento del titolo.

Apprendimento didattico

Il corso del master ha la durata di 24 mesi (pari a 120 CUF) pari a 1800 ore complessive di apprendimento. Per l'efficienza del corso ed il raggiungimento degli obiettivi gli studenti vengono in base attività professionalizzanti negli ambulatori e nei reparti di diagnosi e terapia delle strutture didattiche del Master e nelle attività di assistenza domiciliare.

La formazione teorica, pari a 60 CUF (1200 ore di apprendimento), prevede la frequenza ai corsi stabiliti dall'ordinamento didattico. La distribuzione di CUF all'interno di ogni singolo ambito disciplinare è stabilito dal Consiglio dei Docenti. La struttura Proposito del docente e l'attività a cura del Docente del corso va appreso rispetto.

La struttura didattica differita all'interno del corso le attività teoriche e scientifiche (compilate con validità 60 CUF) e se proposto un corso integrato per i Docenti.

La formazione pratica, pari a 60 CUF (1200 ore), prevede le attività pratiche della attività riportate nella struttura con requisiti minimi specifici di almeno del Master (il tipo attività riportate) e verificato in appreso (liberatorio) di un decreto della struttura accreditata nella quale viene svolta. E responsabilità del Direttore del Master la verifica dell'efficienza di tutte le attività pratiche previste dalla struttura in oggetto. Il liberatorio e l'elenco delle attività pratiche in esso contenute è parte integrante della certificazione del Master.

Titolo finale

Al termine del Corso si consegue il «Master Universitario di alta formazione e qualificazione in terapia del dolore e cure palliative nel settore, (proprio) di alta formazione (titolo) in corso del corso) L. art. 8 della legge 31 marzo 2001, n. 18 (Disposizione più generale) l'accesso alle aree palliative e alla terapia del dolore e docente ministeriale n. 503 (000).

Il titolo delle attività teoriche e pratiche (definite dal Consiglio della struttura didattica) la parte integrante del curriculum di studi svolto in che verrà consegnato allo studente alla fine del corso, attestando di liberatorio (accademico) l'elenco delle competenze acquisite ed alla valutazione della prova finale.



ORDINAMENTO DIDATTICO

Attività formative	Ambiti disciplinari	Settori scientifico-disciplinari	CFU	Tot CFU
Di Base	Discipline generali medicina palliativa	BIO/14 Farmacologia MED/36 Diagnostica per immagini e radioterapia M-PSI/08 Psicologia Clinica		5
Caratterizzanti	Discipline specifiche	MED/06 Oncologia Medica MED/15 Malattie del sangue MED/38 Podiatria generale e specialistica MED/41 Anestesiologia	26	35
	Scienze umane	MED/43 Medicina legale M-PSI/08 Psicologia Clinica	9	
Affini o integrative	Basi culturali e bioetica	BIO/08 Antropologia MED/02 Storia della medicina MED/43 Medicina legale		7
	Discipline medico- chirurgiche	MED/20 Chirurgia Pediatrica MED/25 Psichiatria MED/33 Malattie apparato locomotore MED/34 Medicina fisica e riabilitativa MED/45 Scienze infermieristiche generali e cliniche		
	Sanità pubblica, management sanitario	MED/42 Igiene generale e applicata		



Elettive	Patologie specifiche	MED/10 Malattie apparato respiratorio MED/11 Malattie apparato cardiovascolare MED/26 Neurologia MED/34 Medicina fisica e riabilitativa MED/17 Malattie infettive	5
Attività di tirocinio	Almeno il 70% della tipologia specifica, elettive e altre	nelle strutture di sede o convenzionate presenti nella rete formativa del Master	60
Per la prova finale			5
Altre	Lingua inglese Informatica		3
TOTALE			120

12304292

— 386 —



e.I.A.4

Decreto 4 aprile 2012

Istituzione del Master universitario di I livello in
"Cure palliative e terapia del dolore" per professioni sanitarie
(GU n.89 del 16-4-2012)

DECRETO 4 aprile 2012.

Istituzione del Master universitario di I livello in «Cure palliative e terapia del dolore» per professioni sanitarie.

IL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE,
DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

di concerto con

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Vista la legge 15 marzo 2010, n. 38 «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore»;

Visto, in particolare, l'art. 8 che prevede, tra l'altro, che il Ministro dell'istruzione dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, individua con uno o più decreti i criteri generali per la disciplina degli ordinamenti didattici specifici dei percorsi formativi in materia di cure palliative e nella terapia del dolore nonché i criteri per l'istituzione di master in cure palliative e nella terapia del dolore;

Visto il progetto preliminare per l'organizzazione di un percorso formativo «di 60 CFU» predisposto dal gruppo di lavoro, di cui al D.D. 22 ottobre 2010, riservato ai laureati in scienze infermieristiche, scienze infermieristiche pediatriche, fisioterapia e terapia della riabilitazione (180

CFU) per l'acquisizione di conoscenze e competenze nel campo delle cure palliative e terapia del dolore;

Ritornato opportuna predisporre per gli atenei idonei criteri per la istituzione di un master universitario di I livello relativo ad approfondimenti in materia di cure palliative e terapia del dolore;

Visto il parere del Consiglio universitario nazionale espresso nell'adunanza del 21 aprile 2011;

Visto il parere del Consiglio superiore di sanità espresso nella seduta del 13 dicembre 2011;

Dispone:

Art. 1.

Per le finalità di cui alle premesse sono approvati gli allegati criteri per la istituzione del master universitario di I livello in «Cure palliative e terapia del dolore».

Art. 2.

A decorrere dall'A.A. 2011/2012 le università possono istituire il corso di master universitario di I livello in «Cure palliative e terapia del dolore» nel rispetto dei criteri allegati al presente decreto.

Al termine del corso si consegue il master universitario di I livello in «Cure palliative e terapia del dolore», titolo accademico-qualificante personale competente nelle cure

— 38 —



competenze professionali finalitate a recuperare e attivare risorse interne ed esterne al paziente e alla sua famiglia, ad ottimizzare le condizioni dell'assistenza di cura.

capacità di lavorare in gruppi multidisciplinari;

capacità di gestire le operazioni cliniche connesse al fine cura e al dolore cronico.

La attività di insegnamento-obbligatorio che concorrono all'acquisizione delle competenze professionali sono:

la valutazione dei bisogni assistenziali/abilitativi in almeno 20 pazienti in cure palliative;

la valutazione del dolore cronico in almeno 20 pazienti;

la scelta della strategia assistenziale/abilitativa in almeno 20 pazienti in cure palliative;

la scelta di strategie assistenziali/abilitative in almeno 10 pazienti con dolore cronico;

la realizzazione di colloqui di sostegno ed informazione con almeno 10 familiari o persone appartenenti al paziente in cure palliative.

Dimensioni (ora) e struttura del programma formativo.

Per raggiungere gli obiettivi formativi di cui sopra, le strutture coinvolte alla formazione in cure palliative e terapia del dolore devono possedere i seguenti standard e requisiti minimi:

Standard specifici

La struttura di sede o convenzionata dove si svolge la attività clinica di cure palliative deve garantire la attività di diagnosi, cura, con una dotazione minima di 50 letti in cure palliative, di cui almeno 20 dotati di infermieri, infermieri pediatrici, farmacologi, terapisti occupazionali, medici palliativisti, psicoterapisti/psimotori e personale amministrativo e devono garantire almeno 20 ricoveri annui di pazienti in fase avanzata terminale.

La struttura di sede o convenzionata (centro di terapia del dolore in possesso dei requisiti contenuti l. art. 3, legge n. 38/2011) accreditata dal Servizio sanitario nazionale e in cui funziona la U.O. complessiva di terapia del dolore deve svolgere la attività clinica di terapia del dolore, devono garantire la attività in regime di degenza ordinaria dei ricoveri, e le attività ambulatoriali finalizzate al trattamento del dolore, di cui al capitolo del dolore, devono essere dotati di personale medico infermieristico e amministrativo secondo i requisiti dell'accreditazione della struttura dalla cui struttura l. art. 3, legge n. 38/2011) e devono garantire almeno 500 ricoveri annui e 2000 accessi ambulatoriali all'anno (standard accreditamento) e la gestione di almeno 100 pazienti in fase avanzata terminale.

Requisiti generali della cura formativa

La facoltà di medicina e chirurgia occorrente come sede del corso deve avere esperienza di formazione in cure palliative e terapia del dolore avendo già attivato percorsi, corsi di alta formazione, o altre forme di formazione post laurea.

Il superamento deve essere:

almeno superiore al minimo con validità del 50% dei risultati della attività formative contemplata;

diversi dai risultati ottenuti in servizio in struttura della sede formativa, personale non appartenente dell'ente formativo convenzionato e con servizio di almeno 5 anni presso strutture ospedaliere accreditate italiane nella cura formativa (in numero massimo del 30% del corpo docente -organizzato a contratto);

diversi e distinti rispetto del settore scientifico disciplinare alla gestione essere ottenuto solo in occasione di elezioni straordinarie.

Requisiti specifici di rilevanzza della cura formativa

La struttura infernale al corso deve essere dotata di specifiche capacità scientifiche e culturali ed essere in grado di erogare le attività di attività assistenziali relative almeno ai settori scientifici disciplinari compresi nelle attività caratterizzanti specifiche.

Nella cura formativa devono essere previsti strutture assistenziali multidisciplinari (tipo hospice) inerenti nella cura delle cure palliative e cure di terapia del dolore e di complessive cure e pubblicazione dei rapporti per l'accreditamento di CTO.

Gli esiti del master vengono verificati in base a criteri di livello pratico-persona le strutture partecipanti al master indicavano dal consiglio del master ed approvate dalla facoltà di riferimento.

Attività in merito.

Il master di livello è riservato agli operatori sanitari in possesso della laurea di primo livello di una disciplina in infermieristica, infermieristica pediatrica, farmacologia e terapia occupazionale o simili equipollenti. Per l'attuazione del master, oltre alla valutazione del curriculum, è previsto un colloquio preliminare per valutare la preparazione delle richieste anche al fine di eventuali richiami dei CPT necessari per il completamento del titolo.

Attività durante il corso

Il consiglio dei docenti del master può decidere, sulla base dell'esecuzione del singolo candidato, una tabulazione dei CPT necessari per il completamento del titolo, in seguenti modalità:

infermieri, infermieri pediatrici, farmacologia, terapisti occupazionali con Accreditamento esperienza, almeno equipollente nel campo delle cure palliative o della terapia del dolore presso strutture assistenziali accreditate (tipo hospice) o a domicilio, inserite nella rete assistenziale delle cure palliative e della terapia del dolore;

infermieri, infermieri pediatrici, farmacologia/terapisti occupazionali che abbiano già conseguito un titolo di master universitario in cure palliative e terapia del dolore.

Obblighi formativi

Il master ha una durata minima, del CPT, 150 ore di impegno complessivo della molecola.

La formazione teorica può a 40 CPT (1000 ore), prevede la fase pratica in cure palliative del curriculum formativo. La distribuzione di CPT all'interno di ogni singolo ambito disciplinare è stabilito dal collegio dei docenti. La struttura dispensata dal docente è aperta a cura del docente del corso su apposito registro.

La formazione pratica può a 20 CPT (500 ore), prevede la partecipazione delle attività del sistema di sede o convenzionata aderenti al master, riportata nella nomenclatura dei requisiti minimi specifici di obblighi del master. Ogni atto professionale viene il seguito e certificato in apposito libretto tenuto da un docente della struttura convenzionata nella quale viene svolta la attività. È responsabilità del direttore del master la verifica dell'adempimento di tutte le attività professionali previste dalle normative in merito. Il libretto viene a l'elenco delle attività professionali in corso continua il posto, integrato dalla certificazione di diploma del titolo di master.

Il libretto tenuto e l'elenco delle attività professionali come in corso evidenziano sono parte integrante della certificazione di diploma del titolo di master.

Titolo conferito

Al termine del corso si consegue il titolo di master universitario di II livello in cure palliative e terapia del dolore, iscritto ai sensi del comma 1, art. 3 della legge 15 marzo 2008, n. 58 (Disposizione per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore) e decreto ministeriale n. 309/1999.

L'elenco delle strutture teoriche e pratiche delimitate dal consiglio della struttura debbono la parte integrante del curriculum di studi svolto che viene consegnato allo studente alla fine del corso insieme al libretto di corso contenente l'elenco delle attività professionali eseguite ed alla valutazione della prova finale.



ATTIVITÀ FORMATIVE

Attività formative	Ambiti disciplinari	Settori scientifico disciplinari	CFU
Di Base	Discipline generali per la formazione in Cure Palliative e Terapia del dolore	DDO/14 - FARMACOLOGIA CLINICA MED/02 - STORIA DELLA MEDICINA MED/04 - PATOLOGIA GENERALE M-DG/A/01 - DISCIPLINE DEMOGRAFICO-ANTROPOLOGICHE	4
Caratterizzanti	Discipline specifiche	MED/06 - ONCOLOGIA MEDICA MED/09 - MEDICINA INTERNA MED/13 - MALATTIE DEL SANGUE MED/26 - NEUROLOGIA MED/16 - PEDIATRIA GENERALE E SPECIALISTICA MED/41 - ANESTESIOLOGIA M-PSI/08 - PSICOLOGIA CLINICA MED/47 - MEDICINA LEGALE	18
	Scienze Infermieristiche e Scienze della riabilitazione	MED/45 - SCIENZE INFERMIERISTICHE GENERALI CLINICHE E PEDIATRICHE MED/48 - SCIENZE INFERMIERISTICHE E TECNICHE NEURO-PSICHIATRICHE E RIABILITATIVE	6
Attività integrative	Dimensioni sociali ed etiche	MED/47 - MEDICINA LEGALE MED/45 - SCIENZE INFERMIERISTICHE GENERALI CLINICHE E PEDIATRICHE MED/48 - SCIENZE INFERMIERISTICHE E TECNICHE NEURO-PSICHIATRICHE E RIABILITATIVE M-FIL/03 - FILOSOFIA MORALE SPS/09 - SOCIOLOGIA DEI PROCESSI CULTURALI COMBINATIVI	6



	Discipline medico-chirurgiche	MED17 MALATTIE INFETTIVE MED18 CHIRURGIA GENERALE MED25 PSICHIATRIA MED36 DIAGNOSTICA PER IMMAGINE E RADIOTERAPIA MED42 IGIENE GENERALE E APPLICATA MED74 MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	
	Attività di tirocinio	Laboratori delle competenze comunicative e relazionali Tirocinio nelle strutture di CP e di Terapia del Dolore di sede o di rete	20
ADE:			3
Prova finale:			3
TOTALE:			60

1210429



e.I.A.5

Decreto 4 aprile 2012

Istituzione del Master universitario di II livello in
"Cure palliative e terapia del dolore" per psicologi
(GU n.89 del 16-4-2012)

DISCRETO 4 aprile 2012

Istituizione del Master universitario di II livello in «Cure palliative e terapia del dolore» per psicologi

**IL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE,
DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA**

IN CONCERTO CON

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Vista la legge 15 marzo 2010, n. 38 «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore»;

Vista, in particolare, l'art. 8 che prevede, tra l'altro, che il Ministro dell'istruzione dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, individui con uno o più decreti i criteri generali per la disciplina degli ordinamenti didattici specifici dei percorsi formativi in materia di cure palliative e nella terapia del dolore nonché i criteri per l'istituzione di master in cure palliative e nella terapia del dolore;

Visto il progetto preliminare per l'organizzazione di un percorso formativo «di 60 CFU» predisposto dal gruppo di lavoro, di cui al D.D. 22 ottobre 2010, riservato ai laureati specialistici magistrali rispettivamente 300 CFU e

120 CFU) e ai laureati *ex lege* n. 341/1990 in psicologia per l'acquisizione di approfondite conoscenze e competenze nel campo delle cure palliative e terapia del dolore;

Ritenuto opportuno predisporre per gli atenei idonei criteri per la istituzione di un master universitario di II livello relativo a maggiori approfondimenti in materia di cure palliative e terapia del dolore;

Visto il parere del Consiglio universitario nazionale espresso nell'adunanza del 25 aprile 2011;

Visto il parere del Consiglio superiore di sanità espresso nella seduta del 13 dicembre 2011;

Decreta:

Art. 1.

Per le finalità di cui alle premesse sono approvati gli allegati criteri per la istituzione del master universitario di II livello in «Cure palliative e terapia del dolore».

Art. 2.

A decorrere dall'A.A. 2011/2012 le università possono istituire il corso di master universitario di II livello in «Cure palliative e terapia del dolore» nel rispetto dei criteri allegati al presente decreto.



Al termine del corso si consegue il master universitario di II livello in «Cure palliative e terapia del dolore», titolo accademico qualificante personale competente nelle cure palliative e nella terapia del dolore che può svolgere attività professionale nelle strutture sanitarie pubbliche e private e nelle organizzazioni senza scopo di lucro operanti nella rete delle cure palliative e per la terapia del dolore.

Roma, 4 aprile 2012

Il Ministero dell'Università,
dell'Università e della ricerca
PATERNO

Il Ministero della salute
BALDISSINI

ALLEGATO

MASTER UNIVERSITARIO DI II LIVELLO
IN CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE
MATERIALE A

Il master di II livello in cure palliative e terapia del dolore è istituito ai sensi del comma 1, art. 8 della legge 15 marzo 2010 n. 28 (Disposizione per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore) e decreto ministeriale n. 300/1995, al fine di formare Psicologi con specifiche competenze ed esperienze nell'ambito delle cure palliative e della terapia del dolore e comuni 2 e 3, art. 3) che possono svolgere attività professionale nelle strutture sanitarie pubbliche e private e nelle organizzazioni senza scopo di lucro operanti nella rete per le cure palliative e per la terapia del dolore (comma 1, art. 8).

Il master è istituito dalla facoltà di medicina e chirurgia che abilita esperienze di formazione in cure palliative e terapia del dolore, avendo attivi di almeno tre anni corsi universitari teorici o corsi di alta formazione o percorsi clinici di scuola di specializzazione o altri corsi di formazione post-laurea nell'ambito delle cure palliative. Dato il fatto che deve garantire lo svolgimento di attività cliniche in cure palliative e terapia del dolore in strutture sanitarie o attraverso collaborazione con strutture sanitarie del Servizio sanitario nazionale, sono da abilitarsi:

Il master può essere realizzato ed attuato anche in collaborazione con facoltà di psicologia o medicina e chirurgia delle stesse o di altre università. La facoltà di psicologia deve avere al suo interno un corso di laurea magistrale in psicologia, classe LM-51. La facoltà di medicina deve essere dotata degli standard di accreditamento di cui in seguito, oltre alle caratteristiche tecniche di cui sopra, al fine di assicurare una corretta utilizzazione delle risorse strumentali e del corpo docente, previa stipula di apposita convenzione. L'atto costitutivo individualizza le sedi sanitarie della scuola, le risorse finanziarie, strumentali e di personale docente coinvolte all'attuamento del master stesso.

Il corpo docente del master, costituito da docenti universitari di ruolo di prima e seconda laurea, da ricercatori incaricati, da personale operante in strutture sanitarie sanitarie, appartenenti alla rete formativa del master, e da esperti esterni (docenti o consulenti), è nominato dal consiglio di facoltà su proposta del consiglio del master. Il corpo docente comprende almeno un professore di ruolo afferente a ciascuna delle settori disciplinari indicati nell'ambito della disciplina specifica della attività formativa caratterizzante. La direzione del master è affidata ad un docente di ruolo di uno dei settori compresi nell'ambito della disciplina specifica della attività formativa caratterizzante di area medica o ad un professore di ruolo del settore neurolettero-disciplinare M-Ps/08 - Psicologia clinica.

Il corso ha una durata complessiva di 1200 ore corrispondenti a 60 crediti formativi universitari (CFU). Ogni CFU corrisponde a 25 ore di lavoro per studente ai sensi del decreto ministeriale n. 300/1995.

Il corso è strutturato in moduli teorici multidisciplinari che prevedono forme integrate di attività teoriche, esperienze di tirocinio e approfondimento individuali.

La prova finale consiste nella discussione della tesi a tutto titolo con la presenza della valutazione periodiche secondo dei giudizi dei docenti.

Per il conseguimento del titolo il personale sanitario in formazione deve avere superato 60 CFU complessivi.

Principali caratteristiche:

Il master si propone di formare psicologi operanti nel campo dell'attività di cure palliative e di terapia del dolore, fornendo conoscenze teoriche e competenze specifiche per realizzare attività psicologica finalizzata a contribuire ad alleviare la sofferenza dei malati di pazienti, famiglie e operatori sanitari.

Obiettivi formativi qualificanti

Obiettivi formativi di base sono:

la conoscenza della storia e dei principi delle cure palliative;

la conoscenza dei fondamentali meccanismi neuro-psicopatologici del dolore e dei sistemi neuro-chimici nella fase di fine vita;

la conoscenza delle principali tecniche di valutazione e comunicazione per il dolore d'area, disturbi depressivi, dolore e delirium;

la conoscenza del nazionale supporto della psichiatria a livello di farmaci analgesici e dell'aspetto etico-legali del loro utilizzo nei pazienti a terminalità;

la conoscenza delle competenze dello studioso di fine vita che coinvolge le persone che mantengono le professioni di altri; la conoscenza dei problemi legali ed etici dell'assistenza in cure palliative e terapia del dolore.

Obiettivi formativi specialistici, il docente deve aver acquisito competenze specifiche per: il riconoscimento e l'elaborazione della sofferenza personale e intersoggettiva; la creazione di spazi di comunicazione tra pazienti, familiari ed caregiver; il sostegno e la valutazione della ricerca familiare; l'analisi e l'elaborazione rispetto alle decisioni di prendere in ordine ai diversi problemi che si presentano durante tutto il ciclo della malattia, l'accesso nella fase dell'elaborazione del lutto.

La pratica scuola deve seguire le conoscenze minime per realizzare:

la valutazione della professionalità neuro-psicopatologica, psicologica e comportamentale di soggetti disposti nei percorsi in fase avanzata di malattia in ogni patologia oncologica e dei pazienti con dolore cronico, delle loro famiglie e dei caregiver;

il counseling e la psico-terapia individuale, familiare e di gruppo nella rete di cure palliative e di terapia del dolore;

la consulenza, la supervisione ed il supporto al personale di assistenza che opera nella rete di cure palliative e di terapia del dolore;

l'interazione con i servizi socio sanitari pubblici e del privato sociale nel territorio;

il lavoro in équipe multidisciplinare e interprofessionale

Obiettivi formativi affini o integrativi

acquisizione dei principi di bioetica applicabili alle situazioni di cura;

conoscenza dei principi di antropologia applicabili alle situazioni di terminalità;

conoscenza dei principi di psicoanalisi e suoi nella qualità di rete nel lavoro;

conoscenza delle procedure di supporto farmacologico e delle terapie complementari;

capacità ed esperienze di interazione con il volontariato.



Attività professionalizzanti obbligatorie per il raggiungimento della laurea delimitate dal master sono:

L'attività di specifici strumenti psico-sociali in almeno 10 giornate con carattere on-line e/odiva e in almeno 10 ore del corso di laurea.

Le scuole e l'attività di tecniche psicologiche, di vario orientamento, per affrontare la sofferenza psicologica in almeno 10 giornate con carattere on-line e/odiva e almeno 10 ore del corso di laurea, inquadrate con l'attività accademica.

Interventi di counseling ad almeno 10 beneficiari per la valutazione clinica del rapporto, del sistema e del processo legati al futuro.

Almeno 10 incontri di gruppo per favorire l'elaborazione ed il controllo delle dinamiche psicologiche ed emotive degli operatori della cura di cure palliative.

Dimensioni, orari, modalità e requisiti per i corsi

Per raggiungere gli obiettivi formativi di cui sopra, le strutture sono tenute alla formazione in cure palliative e terapia del dolore devono predisporre i seguenti standard e requisiti minimi:

Standard qualitativi

Le strutture di cura e assistenza dove si svolgono le attività cliniche di cure palliative devono garantire la presenza di almeno un medico, con una dedizione minima di 10 ore in cure palliative, almeno un altro medico di psicologia, medici palliativi, infermieri, assistenti sociali, infermieri e personale amministrativo e devono garantire almeno 70 contatti annui di pazienti in fase avanzata terminali.

Le strutture di cura e assistenza (centro di terapia del dolore in possesso del registro comune L. art. 3, legge n. 39/2003) accreditati dal Servizio sanitario nazionale e in via transitoria le UO complete di terapia del dolore dove si svolgono le attività cliniche di terapia del dolore, devono garantire le attività di almeno un medico palliativo, un infermiere, un assistente sociale, un infermiere e un amministrativo (secondo i requisiti dell'accreditamento delle strutture della cura comune L. art. 3, legge n. 39/2003) e devono garantire almeno 800 trattamenti oncologici e 2000 assistenze palliative all'anno (secondo l'accreditamento e la gestione di almeno 100 pazienti in fase avanzata terminale).

Requisiti generali della struttura

Le strutture mediche e chirurgiche accreditate come sedi del master devono avere esperienza di formazione in cure palliative e terapia del dolore in modo strutturato, corsi di alta formazione, o altri corsi di formazione post laurea.

Il corpo docente deve comprendere:

docenti universitari in numero non inferiore al 20% del docente delle attività formative (accademiche).

docenti non universitari in servizio in strutture della rete formativa personale con esperienza didattica formative documentata e con servizio di almeno 7 anni presso strutture specialistiche accreditate inserite nella rete formativa (il numero massimo del 50% del corpo docente - insegnante) e assistenti.

docenti a contratto esperti del settore scientifico-disciplinare che possono essere chiamati solo in assistenza di docenti universitari.

Requisiti specifici di elementi della rete formativa

Le strutture aderenti al master devono essere dotate di specifiche capacità scientifiche e culturali ad essere in grado di svolgere le attività clinico-accademiche relative almeno ai settori scientifici disciplinari compresi nella rete formativa (in numero massimo del 50% del corpo docente - insegnante) e assistenti.

Nella rete formativa devono essere presenti strutture ospedaliere accreditate (tipo hospice) inserite nella rete delle cure palliative e centri di terapia del dolore (DIP) complessive con a pubblicazione dei rapporti per l'accreditamento (C.DP).

Gli studenti del master svolgono le loro attività di tirocinio pratico presso le strutture aderenti al master (inoltre dal consiglio del master ad approvazione della facoltà di riferimento).

Attività di ricerca

Il master potrà beneficiare al master di alta formazione e qualificazione in cure palliative e terapia del dolore le figure professionali di cui al successivo accordo relativo all'art. 3, comma 2 della legge n. 39/2003. Per l'ammissione al master oltre alla valutazione del curriculum, è previsto un colloquio professionale per valutare la preparazione dello studente anche al fine di accertarsi l'aderenza del C.DP aderenti per il conseguimento del titolo.

Accreditamento al corso

Il consiglio dei docenti del master può decidere, sulla base del suo giudizio del consiglio consultivo, una richiesta, dal C.DP aderenti per il conseguimento del titolo, se seguenti condizioni:

psicologi con documentata esperienza almeno triennale nella cura palliativa e della terapia del dolore presso strutture accreditate ospedaliere (tipo hospice) e/o formative, inserite nella rete ospedaliera delle cure palliative e della terapia del dolore;

psicologi che abbiano già conseguito un titolo di master universitario in cure palliative e terapia del dolore;

Obblighi di ricerca

Il master ha una durata complessiva di un anno, 10 CUF, 1500 ore di impegno complessivo per lo studente.

La formazione teorica, pari a 40 CUF (1000) ore, prevede la frequenza ai corsi stabiliti dal regolamento didattico. La distribuzione di CUF all'interno di ogni singolo modulo disciplinare è stabilito dal regolamento dei docenti. La struttura erogante del docente è riportata a cura del docente del corso in apposito registro.

La formazione pratica (specie clinica), pari a 20 CUF (500) ore, prevede lo svolgimento delle attività nella struttura di cura e assistenza aderenti al master, riportate nella normativa sul registro stesso specifico di almeno del master. Ogni atto professionalizzante è seguito e certificato in apposito libretto che ha obiettivi della struttura ospedaliera nella quale viene svolta la attività. È responsabilità del direttore del master la verifica dell'implemento di tutte le attività professionalizzanti previste dalla normativa di master. Il libretto di cura e l'elenco delle attività professionalizzanti in corso vengono a parte integrante della certificazione di diploma del titolo di master.

Il libretto di cura e l'elenco delle attività professionalizzanti in corso vengono a parte integrante della certificazione di diploma del titolo di master.

TITOLO TIRATALE

Al termine del corso si consegna il master universitario di II livello in cure palliative e terapia del dolore (titolo) ai sensi del comma 1, art. 8 della legge 39 marzo 2003, n. 39 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore) e decreto ministeriale n. 3092/2004.

L'elenco delle strutture formative e scientifiche aderenti del consiglio delle strutture aderenti (il posto assegnato) del regolamento di master che viene consegnato allo studente alla fine del corso, insieme al libretto di cura e assistenza l'elenco delle strutture professionali aderenti alla valutazione della prova finale.



ATTIVITÀ FORMATIVE

Attività formative	Ambiti disciplinari	Sensori scientifiche discipline	CFU
Di Base	Discipline generali per la formazione in Cure Palliative e Terapia del dolore	BIO14 - Farmacologia MED02 - Storia della Medicina MED04 - Patologia Generale MED43 - Medicina legale	4
Caratterizzanti	Discipline specifiche:	MED25 Psichiatria M-PSI06 Psicologia del lavoro e delle organizzazioni M-PSI07 Psicologia dinamica M-PSI08 Psicologia clinica	6
	Discipline specifiche per la formazione in Cure Palliative	MED06 Oncologia Medica MED09 Medicina interna MED15 Malattie del sangue MED 25 Psichiatria MED26 Neurologia MED41 Anestesiologia MED45 Scienze Informatiche generali e pediatriche	19
Altre Integrative	e Discipline antropologiche ed etiche Sanità pubblica, management sanitario	MED02 Storia della Medicina MED43 - Medicina legale M-DEA00 - Discipline Demosociologiche M-FIL00 - Filosofia morale MED02 - Igiene generale o applicata MED44 - Medicina del lavoro	6



	Attività di ricerca	Tirocini nelle strutture di CP e di Terapia del Dolore di sede o di rete	20
AIR			3
Prova Sade			3
TOTALE			00

12104294

— 40 —



e.I.B

L'introduzione di Crediti Formativi Universitari (CFU) nei corsi di laurea in medicina e chirurgia, scienze infermieristiche, psicologia, servizio sociale



e.I.B.1

Circolare del MIUR prot. n. 512 del 10/01/2020:
Insegnamento e apprendimento delle cure palliative
e della terapia del dolore



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Formazione Superiore e per la Ricerca

Direzione Generale per lo Studente, lo Sviluppo e l'Internazionalizzazione della Formazione Superiore

Al Rettore
Università ed Istituzioni Universitarie
LORO SEDI

del 13/01/2020

Oggetto: Insegnamento e apprendimento delle cure palliative e della terapia del dolore.

Con riferimento all'argomento indicato in oggetto si trasmette la circolare prot. n. 512 del 10/01/2020.
Cordiali Saluti.

IL DIRIGENTE
Dot.ssa Vanda Lanzafame



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

DIPARTIMENTO PER LA FORMAZIONE SUPERIORE E PER LA RICERCA

Direzione generale per lo studente, lo sviluppo e l'internazionalizzazione della formazione superiore

Ufficio 4°

Offerta formativa universitaria, dottorati di ricerca, esami di Stato e professioni

**Ai Rettori delle Università
LORO SEDI**

OGGETTO: Insegnamento e apprendimento delle cure palliative e della terapia del dolore nei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia, Scienze infermieristiche, Psicologia e Servizio Sociale

La scrivente Direzione generale, in data 1° agosto 2018, con Decreto direttoriale n. 2037/2018, ha formalizzato la costituzione di un Gruppo di Lavoro, composto da diversi "esperti" nei settori delle cure palliative e della terapia del dolore e coordinato dal prof. Guido Basco, con il compito di definire le conoscenze teoriche e le competenze professionali che lo studente dei Corsi di Laurea indicati in oggetto dovrebbe acquisire al termine del percorso di studi, nonché di definire il profilo dei docenti ai quali attribuire la responsabilità didattica per l'insegnamento delle cure palliative e della terapia del dolore.

All'esito dei lavori, è stato prodotto un documento finale pubblicato sul sito istituzionale del MIUR, al seguente indirizzo <https://www.miur.gov.it/sech/sect/lauree-e-branche-magistrali>.

Il documento tiene conto delle raccomandazioni già formulate, per i rispettivi corsi di laurea, dalla Conferenza permanente dei presidenti dei corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, dalla Giunta della Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie, dall'assemblea delle Conferenze della Psicologia Accademica e dall'assemblea della Conferenza dei Corsi di Laurea L-39 e LM-87 in Servizio Sociale.

Le raccomandazioni fanno riferimento, ad esempio, alla previsione di appositi C.F.U. o all'approfondimento di specifiche conoscenze da sviluppare in un insegnamento unico o in una parte di ore dei C.F.U. assegnati ai S.S.D. che contengono dichiarazioni specifiche.

Negli Allegati C1-C2-C3-C4 sono poi illustrate nel dettaglio competenze e obiettivi specifici (*Core Curriculum - syllabus*) che sono collocati all'interno dei C.F.U. stabiliti da ogni Corso di Laurea. Esempi di piani formativi nei diversi corsi di studio sono più nel dettaglio riportati nell'Allegato E.

Nel rispetto dell'autonomia organizzativa e decisionale delle singole sedi accademiche, il documento prodotto dal gruppo di lavoro individua, infine, alcune linee guida, principi generali e criteri di valutazione per la definizione del profilo del docente, non solo universitario, da incardinare nell'insegnamento delle discipline delle cure palliative e della terapia del dolore.

Tutto quanto sopra espresso, al fine di consentire agli Atenei in indirizzo di prendere visione del documento pubblicato sul sito istituzionale del MIUR, con l'invito a tener conto delle raccomandazioni in esso contenute.

Per l'insegnamento e l'apprendimento delle discipline delle cure palliative e della terapia del dolore nei corsi di laurea indicati in oggetto, si auspica, pertanto, che tutte le Università possano recepire i contenuti riportati nel documento prodotto dal gruppo di lavoro, nel rispetto dell'autonomia organizzativa e decisionale nell'ambito dell'offerta formativa di tutte le sedi accademiche.

Nel ringraziare per la collaborazione, si pregiano cordiali saluti.

**IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Maria Lenisa MELINA**

È responsabile del procedimento: carla.bonifazi@miur.it tel. +39 06 3649 6061

Via Michele Carrisi 61 - 00153 Roma
Indirizzo di PEC: dgiaffari@postacert.istruzione.it - E-mail: dgiaffa@istruzione.it
Tel. +39 06 3649 7426 - C.F. - 80185250588

e.I.B.1 bis

Documento allegato alla circolare MIUR n. 512/2020:
“Programma per l’insegnamento/apprendimento
delle cure palliative (CP) e della terapia del dolore (TD)”
nei corsi di laurea in medicina e chirurgia, scienze infermieristiche,
psicologia, servizio sociale

**PROGRAMMA PER L'INSEGNAMENTO/APPRENDIMENTO
DELLE CURE PALLIATIVE (CP) E DELLA TERAPIA DEL DOLORE (TD)
NEI CORSI DI LAUREA IN
MEDICINA E CHIRURGIA, SCIENZE INFERMIERISTICHE, PSICOLOGIA, SERVIZIO SOCIALE**

PROGRAMMA PER L'INSEGNAMENTO/APPRENDIMENTO DELLE CURE PALLIATIVE (CP) E DELLA TERAPIA DEL DOLORE (TD) NEI CORSI DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA, SCIENZE INFERMIERISTICHE, PSICOLOGIA, SERVIZIO SOCIALE

In data 1 agosto 2018, presso il Ministero della Università e della Ricerca, Dipartimento per la Formazione Superiore e la Ricerca, Ufficio VI, Direzione Generale per lo Studente, lo Sviluppo, e l'Internazionalizzazione della Formazione Superiore, è stato costituito un Gruppo di Lavoro per la definizione del profilo della docenza da incardinare nell'insegnamento delle discipline delle Cure Palliative e della Terapia del Dolore all'interno dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie, dei Corsi di Laurea in Psicologia e dei Corsi di Laurea in Servizio Sociale, nonché per la definizione, all'interno dei piani didattici dei citati corsi di studio di specifici programmi formativi in materia di Cure Palliative e della Terapia del Dolore (DD 2037) **(ALLEGATO A)**. Il Gruppo di Lavoro è costituito da:

- Prof. Guido Biasco, Presidente della Conferenza dei Direttori di Master in Cure Palliative e in Terapia del Dolore (Coordinatore);
- Prof. Mario Amore, Componente del Consiglio Universitario Nazionale;
- Prof.ssa Stefania Basili, Presidente della Conferenza Permanente dei Coordinatori dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia;
- Prof.ssa Tiziana Bellini, Presidente del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, Università di Ferrara;
- Dott. Augusto Caraceni, Direttore della Struttura Complessa di Cure Palliative, Terapia del Dolore, Riabilitazione presso la Fondazione IRCCS, Istituto Nazionale dei Tumori, Milano e Presidente del Research Network presso l'European Association for Palliative Care;
- Dott. Marco Cocimiglio, Funzionario dell'Ufficio VI, in rappresentanza del MIUR;
- Dott. Fabrizio Consorti, Presidente della Società Italiana di Pedagogia Medica;
- Dott.ssa Maria Grazia Corbelli, DGPROF, Ministero della Salute;
- Prof. Raffaele De Gaudio, Presidente del Collegio Nazionale dei Professori di Anestesia e Rianimazione;
- Prof.ssa Maria Grazia De Marinis, Presidente del Corso di Laurea in Infermieristica, Università Campus Bio-Medico di Roma;
- Prof. Luigi Grassi, Presidente della Società Italiana di Psichiatria di Consultazione;
- Dott. Italo Penco, Presidente della Società Italiana di Cure Palliative;
- Prof.ssa Flavia Petri, Presidente della Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva;
- Prof.ssa Luisa Salani, Presidente della Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie;
- Dott. Gianlorenzo Scaocabarozzi, Esperto Ministero della Salute, Direttore Dipartimento gestionale delle Fragilità, Struttura Complessa Cure Palliative e Rete Locale Cure Palliative ASST Lecco, già Presidente Sezione Cure Palliative e Terapia del Dolore del Comitato Tecnico Sanitario Ministero della Salute, già Segretario Nazionale SICP;
- Prof.ssa Ines Testoni, Delegato del Presidente della Conferenza di Psicologia Accademica;
- Prof.ssa Mara Tognetti, Presidente della Conferenza Nazionale dei Presidenti dei Corsi di Studio in Servizio Sociale;
- Prof.ssa Adriana Turriciani, già Presidente della Società Italiana di Cure Palliative.

Il Gruppo di Lavoro ha svolto l'incarico attraverso riunioni presso la sede MIUR di Roma e per via telematica, arrivando alla stesura del presente documento, approvato all'unanimità.

Roma, 22 settembre 2019



Prof. Guido Biasco
(Coordinatore)

PROGRAMMA PER L'INSEGNAMENTO/APPRENDIMENTO DELLE CURE PALLIATIVE (CP) E DELLA TERAPIA DEL DOLORE (TD) NEI CORSI DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA, SCIENZE INFERMIERISTICHE, PSICOLOGIA, SERVIZIO SOCIALE

Il presente documento è composto da 8 sezioni e 5 allegati:

SEZIONI

- Sezione 1: Introduzione/background
- Sezione 2: Itinerario di sviluppo degli insegnamenti di CP e di TD nella Università italiana
- Sezione 3: Articolazione del lavoro del GdL
- Sezione 4: Riferimenti didattici
- Sezione 5: Numero e tipologia di CFU raccomandati dalle Conferenze Permanenti - Contenuti
- Sezione 6: Profilo dei docenti
- Sezione 7: Modalità di verifica di docenza e di apprendimento
- Sezione 8: Proposta di costituzione di un manuale didattico

ALLEGATI

- A. Decreto di costituzione del Gruppo di Lavoro
- B. (B1, B2, B3, B4) Mozioni delle Conferenze Permanenti
- C. (C1, C2, C3, C4) Tabelle con l'indicazione delle competenze specifiche e abilità in CP e in TD
- D. Osservazioni e proposte in merito ai Settori Scientifici Disciplinari (SSD)
- E. Ipotesi di percorsi formativi nei Corsi di Laurea (CdL)

Leggenda

AIP	= Associazione Italiana di Psicologia (Accademica)
CBL	= Case-based learning
CPPCLM-M&C	= Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia
CdL	= Corso di Laurea
CLASS	= Conferenza dei Corsi di Laurea L38 e M67 (Servizio Sociale futuri Assistenti Sociali)
CP	= Cure Palliative
CPDLPS	= Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie
GPA	= Conferenza Psicologia Accademica
CUN	= Consiglio Universitario Nazionale
GdL	= Gruppo di Lavoro istituito dal MIUR il 1° agosto 2018
LEA	= Livelli Essenziali di Assistenza
SICP	= Società Italiana di Cure Palliative
SIPO	= Società Italiana di Psico-Oncologia
SIPC	= Società Italiana di Psichiatria di Consultazione
SSD	= Settore Scientifico Disciplinare
TD	= Terapia del Dolore
TT	= Tavolo Tecnico istituito dal Ministero della Salute
UDE	= Unità Didattiche Elementari
UTD	= Unità di Terapia del Dolore
UCP	= Unità di Cure Palliative

Sezione 1: Introduzione/background

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce le Cure Palliative (CP) come "un approccio integrato in grado di migliorare la qualità di vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicosociale e spirituale". Le CP affermano pertanto il valore della vita, considerano la morte come un evento naturale, non prolungano né abbreviano l'esistenza, provvedono al sollievo del dolore e degli altri sintomi, offrono un sistema di supporto per aiutare il paziente a vivere più attivamente possibile fino alla morte, sostengono la famiglia a convivere con la malattia e ad elaborare, in seguito, la morte del proprio congiunto.

Le CP sono quindi un processo assistenziale finalizzato non solo al controllo dei sintomi, ma soprattutto alla difesa e al recupero della migliore qualità di vita possibile, attuando interventi terapeutici che coinvolgono anche la sfera psicologica, sociale e spirituale.

Il documento "Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life-course", approvato il 4 Aprile 2014 dalla 67th Assemblea Generale dell'OMS, contiene numerose e importanti indicazioni rivolte a tutti gli Stati del mondo rispetto alla necessità di rafforzare ed integrare le CP nei Sistemi Sanitari Nazionali. Il documento sottolinea la capacità delle CP nel migliorare la qualità della vita dei malati, attraverso il miglior controllo possibile dei sintomi e della sofferenza, e questo implica il riconoscimento di un ruolo importante delle CP nell'utilizzo appropriato delle risorse nella gestione delle situazioni cliniche a prognosi infausta, ad esempio con la riduzione di ospedalizzazioni non necessarie, con l'organizzazione di percorsi di assistenza a domicilio e in hospice, e con la cura, anche dal punto di vista etico, dei percorsi decisionali relativi ai malati che si avviano alla fine della vita. Il documento sottolinea inoltre la previsione di un bisogno crescente per questo tipo di cure nei prossimi anni, in rapporto al previsto incremento dell'età media della popolazione mondiale. Negli ultimi decenni infatti, lo scenario demografico dei Paesi, soprattutto quelli ad elevato sviluppo economico, è cambiato profondamente per il progressivo e crescente invecchiamento della popolazione. Questo andamento sta portando un notevole aumento dell'incidenza delle patologie croniche degenerative, spesso ad evoluzione fatale, e più in generale, delle condizioni di grave "fragilità" clinica.

E' stimato che in Europa, ogni anno, oltre 500 milioni/100.000 abitanti abbiano bisogno di ricevere CP nel loro ultimo periodo di vita e di questi, contrariamente alla opinione comune, meno della metà, il 40%, sono pazienti con cancro. Pertanto l'OMS sottolinea che le CP debbano essere attivate in situazioni cliniche ad esito infausto di grande complessità, non solo per i pazienti con cancro e non solo in ambito adulto ma anche nella sfera pediatrica, e debbano essere eseguite da equipe composte da medici, infermieri, psicologi, fisioterapisti, assistenti sociali, con competenze dedicate. Le stime hanno quindi definito con chiarezza le dimensioni di un bisogno crescente per questo tipo di cure e, di fronte a questi scenari, per molti aspetti nuovi e in continua evoluzione, le CP stanno diventando sempre di più una parte fondamentale delle politiche sanitarie internazionali.

Il 15 marzo 2010 in Italia è stata emanata la Legge n. 38 concernente "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" (Legge 38/10-Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010). La Legge distingue due ambiti quello delle CP e quello della Terapia del Dolore (TD) inteso, quest'ultimo, come provvedimento che coinvolge una sfera professionale e organizzativa specificamente indirizzata al controllo del dolore nella complessità della sofferenza, dalla fase di acuzie alla cronicizzazione, non esclusivamente legato a condizioni di inguaribilità. La Legge identifica quindi, nell'ambito della tutela dei bisogni essenziali di un paziente "critico" e della sua famiglia che si proiettano soprattutto in una visione bio-psico-sociale del dolore e delle sofferenze, due aree di intervento assistenziale distinte sul piano dello stretto profilo professionale di base ma con ampi spazi di integrazione operativa.

E' importante sottolineare che la Legge 38/2010 è stata, a livello europeo, il primo esempio di normativa-quadro che obbliga un sistema sanitario ad occuparsi di CP e di TD in tutti gli ambiti assistenziali, in ogni fase della vita, per qualunque patologia ad andamento cronico ed evolutivo a prognosi infausta e rappresenta una legge-modello relativamente a queste tematiche. La Legge sancisce di fatto il dovere etico di offrire al malato ed alla sua famiglia il diritto ad accedere alle CP e alla TD nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), delinea in modo rigoroso i modelli di intervento, crea due reti distinte di CP e di TD, pone attenzione anche alla specificità pediatrica, semplifica le procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore e indica la necessità di percorsi formativi di qualificazione e aggiornamento delle figure professionali che operano nelle due "reti".

Quest'ultimo punto, da cui parte il tema della formazione professionale, è esplicitato nell'articolo 8, comma 1 della Legge che recita: "Entro 6 mesi dalla entrata in vigore della presente Legge il Ministro della Università, dell'Istruzione e della Ricerca Scientifica (MIUR) di concerto con il Ministro della Salute individua con uno o più decreti i criteri generali per la disciplina degli ordinamenti didattici di specifici percorsi formativi in materia di Cure Palliative e di Terapia del Dolore connesso con le malattie neoplastiche e a patologie croniche degenerative. Con i medesimi decreti sono individuati i criteri per la istituzione di Master in Cure Palliative e nella Terapia del Dolore".

Il processo richiesto dall'articolo di legge ha avviato il nostro Paese sulla linea di quanto sta avvenendo in molte nazioni occidentali¹⁻³, tuttavia la realizzazione di tali disposizioni, soprattutto nel pre-laurea, è tanto nobile quanto complessa perché implica l'inserimento di

¹ Centeno C, Bolognesi D, Basso G. Comparative analysis of specialization in palliative medicine processes within the World Health Organization European Region. *J Pain Symptom Manage*. 2015; 49: 861-70

² Noguera A, Bolognesi D, Garralda E, Beccaro M, Kotinska-Lemieszek A, Furst CJ, Ellershaw J, Elster F, Colos A, Fibar M, Basso G, Centeno C. How do experienced professionals teach palliative medicine in european universities? A cross-case analysis of eight undergraduate educational programs. *J Palliat Med* 2018; 21: 1621-1626

un "nuovo" paradigma culturale nei piani formativi dei futuri professionisti di area clinico-assistenziale, cioè quello del prendersi cura dell'inguaribilità, che affianchi e integri il paradigma "classico", dominante, quello della cura della malattia. Vanno cercati spazi e modelli all'interno degli attuali ordinamenti didattici ma è necessario anche un corpo docente preparato in grado non solo di insegnare ma anche di facilitare il riconoscimento e l'integrazione della materia nel mondo accademico. Sono operazioni evidentemente delicate che rendono conto di un processo sinora lungo, come riportato nella sezione successiva, le cui linee di indirizzo sono state oggetto e la conclusione del presente Gruppo di Lavoro (GdL).

Sezione 2: Iter di sviluppo degli insegnamenti di CP e di TD nella Università italiana

Nelle more degli adempimenti previsti dalla Legge 38/2010 in tema di CP e di TD si sono succedute diverse azioni negli ambiti formativi del pre- e del post-laurea.

Nel 2011 fu istituito un gruppo di lavoro misto MIUR-Ministero della Salute con il compito di elaborare la struttura didattica di Master universitari dedicati alle CP e alla TD. Al termine dei lavori il gruppo propose la costituzione di cinque tipologie di Master: (1) Master di I livello in Cure Palliative e in Terapia del Dolore per le Professioni Sanitarie, (2) Master di Alta Formazione e Qualificazione per Medici Specialisti, (3) Master di Alta Formazione e Qualificazione in Terapia del Dolore, (4) Master di Alta Formazione e Qualificazione per Medici Specialisti in Pediatria, (5) Master di II livello in Cure Palliative e in Terapia del Dolore per Psicologi³.

Nel 2012 un DL a doppia firma dei Ministri del MIUR e del Ministero della Salute ha decretato la struttura degli ordinamenti didattici di tali Master. Dal 2013, una Conferenza Permanente dei Direttori di Master in CP e in TD, riconosciuta dai due Ministeri, segue l'andamento e la evoluzione di tale offerta formativa post-laurea, realizzata da molte sedi universitarie.

Nel 2013 anche la Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia (CPPCLM-M&C) ha iniziato un percorso per la standardizzazione della modalità formativa nel pre-laurea in Medicina e Chirurgia, ipotizzando in una prima fase la opportunità di creare all'interno del CdL una "dorsale didattica" come formula adeguata al carattere multidisciplinare delle CP⁴.

Nel 2016 un gruppo di contatto tra la CPPCLM-M&C e la Conferenza Permanente dei Direttori di Master in Cure Palliative e in Terapia del Dolore ha intanto continuato a lavorare sul tema presentando ipotesi di formalizzazione di piani didattici pre-laurea⁵.

³ Bisacco G., Anello F., Arnone M., Celto G.L., De Marinis M.G., Melotti P.M. I Master di cure palliative e terapie del dolore. *Med Chir.* 2012; 55: 2436-2438

⁴ Scabone S., Bisacco G., Celto G., De Marchi M., Di Virgilio F., Dolino P., Mazzanti L. Le tematiche didattico-pedagogiche delle Cure Palliative. *Med Chir.* 2013; 56: 2580-2581

⁵ Bisacco G., Telleri G., Bassi S., Bellini T., De Piccolo S. Le Cure Palliative e il loro insegnamento nei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia. *Med Chir.* 2017; 75: 3391-3393

Nel frattempo piani formativi specifici per CP e TD si sono svolti in maniera disomogenea nelle diverse sedi universitarie e sono consistiti in corsi elettivi, ovvero corsi facoltativi, in genere multidisciplinari, oppure all'interno di corsi integrati, obbligatori, nei quali un'CFU-F è stato affidato prevalentemente a docenti a contratto provenienti dal mondo professionale, oppure ancora in CFU-F all'interno di SSD riconosciuti per specialità come Med41. La disomogeneità si è associata a una difformità di distribuzione, di modalità didattiche, di contenuti e di ore dedicate. La attenzione sui temi della palliazione la stessa Conferenza ha proposto e ottenuto dal CUN la formalizzazione di 7 Unità Didattiche Elementari (UDE) relative alle CP e alla TD:

Nel 2017, è stato istituito presso la sezione "O" del Comitato Tecnico Sanitario, un Tavolo Tecnico Ministero della Salute-MIUR (TT), presieduto dal Dott. Gianlorenzo Scaccabarozzi, con il compito di individuare i criteri generali per l'attivazione di specifici percorsi formativi ovvero aggiornamenti dei programmi didattici in materia di CP e TD ai sensi dell'articolo 8, comma 1 della legge 15 marzo 2010, numero 38 e per l'aggiornamento del progetto formativo in CP e in TD per il corso di formazione specifica in Medicina Generale⁶.

Il 22 gennaio 2018, in contemporanea ai lavori del TT, la CPPCLM-M&C ha raccomandato a tutti i CdL in Medicina e Chirurgia di identificare 2 Crediti Formativi Professionalizzanti (CFU-F), da prendere dai 60 CFU-F obbligatori nel CdL 1 CFU-F intitolato Cure Palliative e 1 CFU-F intitolato Terapia del Dolore (**ALLEGATO B1**).

⁶ **UDE 1605:** Interpretare le cure palliative, le cure di supporto, la terapia del dolore, le cure di fine vita, valutandone gli ambiti applicativi (ambulatorio, ospedale, domicilio, hospice) e l'area operativa e professionale ottimale in relazione ai bisogni clinici. **UDE 1606:** Indicare l'approccio di trattamento del dolore globale, del supporto psico-emotivo, della insonnia, della fatica, dei disturbi metabolici, della dispnea. **UDE 1608:** Formulare un iter di organizzazione territoriale di cure palliative e di gestione delle équipe di assistenza domiciliare, pianificando una rete delle cure palliative e tramite l'organizzazione in Hospice, la gestione del team mobile in ospedale e degli ambulatori specialistici in ospedale e sul territorio. **UDE 1609:** Prescrivere la sedazione palliativa, l'istituzione nell'ambito delle decisioni cliniche nel fine vita. **UDE 1611:** Indicare gli approcci terapeutici delle cure palliative non oncologiche: demenze ed altre patologie neurologiche, geriatria, patologie dell'apparato respiratorio, dell'apparato cardiovascolare. **UDE 1574:** Conoscere attive notizie in diversi ambiti clinici, con pazienti reali o simulati (quasi "core"): paziente oncologico, paziente affetto da malattia invalidante, paziente affetto da malattia neurodegenerativa, qualsiasi quadro che implichi una radicale riorganizzazione della vita del paziente – oggettivamente o soggettivamente percepita). **UDE 1610:** Educare alla elaborazione del lutto e alla valorizzazione personale della esperienza. Infine, le necessità di curare dolore e sofferenza e il percorso di palliazione vengono considerati nelle UDE relative a tutti i principali quadri nosografici di interesse, nonché negli insegnamenti contributivi a questi clinic (neuroanatomia e fisiologia, fisiopatologia, farmacologia, psicologia, etica).

Il 26 gennaio 2018 il TT Ministero della Salute-MIUR ha stilato la relazione finale con la proposta di attivazione di insegnamenti, ovvero di aggiornamento di programmi didattici di insegnamenti già attivi, in CP e in TD: (1) nei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia, secondo la raccomandazione nel frattempo recepita ed approvata dalla CPPCLM-M&C, (2) nei corsi di laurea in Infermieristica, Fisioterapia e Terapia Occupazionale, (3) nei corsi di laurea in Psicologia e in quello (4) di Servizio Sociale, nonché la proposta di aggiornamento degli standard e dei requisiti delle scuole di specializzazione equipollenti la disciplina di CP di cui al DM Salute 28 marzo 2013 e TD nell'ambito della scuola di specializzazione in Anestesia Rianimazione, Terapia intensiva e del Dolore, e la proposta di aggiornamento del progetto formativo in CP e in TD per il corso di formazione specifica in Medicina Generale. La relazione, corredata di tutti gli allegati, previa approvazione da parte dell'Ufficio di Gabinetto del Ministro della Salute, è stata inviata alla competente Direzione Generale del MIUR che, a sua volta la ha inoltrata, con lettera circolare, al Presidente della Conferenza Permanente delle classi di laurea delle Professioni Sanitarie, al Presidente della Conferenza della Psicologia Accademica, al Coordinatore Nazionale dei Presidenti dei corsi di studio in Servizio Sociale, affinché provvedessero nel voler diffondere il contenuto della relazione stessa nonché ad inoltrare, in analogia a quanto già effettuato nella CPPCLM-M&C, una apposita raccomandazione perché, fin dall'anno accademico 2018-2019, i piani didattici dei relativi corsi di studio potessero essere integrati da specifici programmi in materia di CP e TD, secondo i crediti formativi e nell'ambito dei settori scientifico disciplinari proposti nella relazione stessa.

In risposta alla richiesta della Direzione del MIUR: (1) la maggior parte delle sedi di CdL in Medicina e Chirurgia ha già inserito nelle rispettive SUE la didattica sui due temi e la Università degli Studi di Ferrara ha già realizzato un programma pilota con l'inserimento dei 2 CFU-F nel piano di Studi, (2) nel maggio 2018, la Giunta della Conferenza Permanente delle Classi di Laurea e delle Lauree Magistrali delle Professioni Sanitarie ha deliberato una mozione per raccomandare a tutti i Coordinatori/Presidenti di sensibilizzare alla tematica delle CP e della TD gli studenti dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie e in particolare ha raccomandato ai Coordinatori/Presidenti dei Corsi di Laurea in Infermieristica, Infermieristica Pediatrica, Fisioterapia e Terapia Occupazionale di integrare i piani di studio con attività/programmi formativi in materia di CP e TD (**ALLEGATO B2**); (3) analoghe raccomandazioni sono state espresse anche dalla Conferenza della Psicologia Accademica (**ALLEGATO B3**) e dalla Conferenza Nazionale dei Presidenti di Corsi di laurea Triennale di Servizio sociale-L39- e Magistrale in Servizio Sociale e Politiche Sociali- L39 eM87 (**ALLEGATO B4**).

Nel giugno 2018, la Conferenza Permanente dei Diretori di Master in Cure Palliative e in Terapia del Dolore presenta alla Direzione per lo Studente, lo Sviluppo e la Internazionalizzazione per la Formazione Superiore del MIUR la seguente richiesta: "All'unanimità dei componenti della Conferenza Permanente dei Diretori di Master in Cure Palliative e in Terapia del Dolore viene chiesta alla SV la

costituzione di un gruppo di lavoro composto da rappresentanti dei diversi settori coinvolti nello sviluppo della didattica in Cure Palliative e in Terapia del Dolore. Il gruppo dovrebbe essere costituito da componenti universitari e del mondo professionale clinico con il mandato di (1) stabilire il profilo dei docenti incaricati nella didattica delle due discipline; (2) disegnare piani formativi omogenei e adeguati alla tipologia di CFU*.

Accogliendo tale richiesta, il 1° agosto 2018 la Direzione del MIUR ha formalizzato la costituzione del Gruppo di Lavoro (GdL) composto da esperti dei settori di CP e TD. Il mandato del GdL, che ha coinvolto anche le Società Scientifiche di riferimento per le CP e per la TD, è stato quello di definire quali conoscenze teoriche e quali competenze professionali uno studente dei Corsi di Laurea (CdL) in Medicina, in Infermieristica, in Psicologia, in Servizio Sociale dovrebbe aver acquisito alla fine del percorso di studi. Al GdL è stato altresì chiesto di definire il profilo dei docenti ai quali attribuire la responsabilità didattica nei diversi percorsi di studio in CP e in TD.

Sezione 3: Articolazione del lavoro del Gruppo di Lavoro (GdL)

Il GdL ha sviluppato un piano di lavoro articolato sui seguenti punti:

- Rilevazione dello stato dell'arte sulla organizzazione della didattica in CP e in TD nell'ambito dei diversi CdL, in relazione alle raccomandazioni delle rispettive Conferenze.
- Puntualizzazione e condivisione sui concetti fondamentali di progettazione formativa (competenze, abilità, obiettivi), e definizione della articolazione delle metodologie didattiche insite nei Crediti Formativi Universitari (CFU) con ipotesi di applicabilità alla didattica in CP e in TD.
- Analisi, per ogni conoscenza e competenza specifica, dei metodi di valutazione pertinenti ai diversi CdL, nel rispetto della loro specificità, secondo il principio dell'allineamento costruttivo⁴.
- Contenuti didattici in CP e in TD espressi ed organizzati in accordo ad un formato compatibile con gli standard internazionali di progettazione formativa orientata alle competenze e ai relativi obiettivi contributivi⁵.
- Definizione del profilo dei docenti in CP e in TD, sia universitari che non universitari.
- Infine una ipotesi di stesura di un manuale didattico.

Il GdL ha affrontato e riportato nel documento finale anche alcune osservazioni che esitano in una proposta relativa all'allargamento alla didattica in CP e in TD nelle declaratorie di alcuni SSD già presenti nell'ordinamento didattico universitario, auspicando la costituzione di nuovi SSD specificamente dedicati alle CP, a rimarcare come sia necessaria una identificazione disciplinare in campo formativo universitario e con la precisazione che le CP rappresentano il settore della salute a cui è maggiormente deputato il controllo e la cura delle condizioni cliniche croniche ad evoluzione sfavorevole.

⁴ Gilberti J.J. Guida pedagogica per il personale sanitario. A cura di Palazzano G. Lotti A. Edizioni del Sud. Bari, 2002.

⁵ Corsari F. Didattica professionalizzante nei corsi di laurea in medicina. EDRA Ed., Milano, 2018.

Sezione 4: Riferimenti didattici

1.a – Progettazione formativa

In questa sezione del documento vengono definiti alcuni concetti fondamentali di progettazione formativa (competenze, abilità, obiettivi) e metodi di didattica attiva, i soli validi a produrre un apprendimento clinico con i relativi termini. Quando opportuno, viene indicato il termine inglese corrispettivo, per facilitare la lettura della letteratura internazionale di riferimento¹¹.

- **Competenza:** è la "virtù" generale da costruire, che intuitivamente corrisponde al livello di "bravura". Riguarda tutti i domini o aspetti delle prestazioni professionali in un determinato contesto. La competenza è perciò multi-dimensionale e dinamica. Cambia con il tempo, l'esperienza e la situazione. Corrisponde al termine inglese "competence".
- **Competenze specifiche:** classificate per domini di competenza o funzionalità professionali, corrispondono ad altrettanti "pezzi" di competenza generale. Ognuna di esse è quindi una capacità multidimensionale osservabile di un professionista, che integra più componenti come conoscenze, abilità tecniche, valori e attitudini. Dal momento che le competenze sono osservabili, possono essere valutate e misurate. Sono esempi di domini di competenza le capacità cliniche; di comunicazione, di lavoro in squadra, di leadership, di ricerca, di prevenzione e promozione della salute delle comunità, di presa in carico. Ogni dominio è declinato di sotto in competenze più specifiche. Corrispondono all'inglese "competency-ies".
- **Abilità (cognitive, pratiche, comunicativo-relazionali, attitudinali):** sono gli elementi costitutivi delle competenze specifiche. Sono monodimensionali e corrispondono all'inglese "ability". Ad esempio le abilità corrispondenti alla competenza specifica di "identificare il dolore" sono: conoscenza tecnica dell'anatomia-fisiologia e della semeiotica del dolore (ab. cognitiva), usare strumenti di rilevazione del dolore (ab. pratica), condurre un colloquio anamnestico con un paziente con dolore cronico (ab. comunicativo-relazionale, a cui sottostà l'abilità cognitiva di ricordare e selezionare le domande "giuste" da porre), identificare gli elementi significativi di una situazione clinica ai fini di un giudizio etico o di intervento sociale o organizzativo (ab. attitudinale di visione sistemica, a cui sottostanno le abilità cognitive di conoscenza dei modelli e delle teorie di riferimento).

¹¹ Corsotti F. *Didattica professionalizzante nei corsi di laurea in medicina*. EDRA Ed., Milano, 2016; Frank J.R., Snell L.S., Cate D.T. et al. *Competency-based medical education: theory to practice*. Med Teach. 2010; 32:636-64

- **Obiettivi formativi:** sono i risultati "attesi" del processo formativo. Gli obiettivi traducono le abilità in elementi atomici di progettazione formativa, attraverso una formulazione standard, che si esprime con una frase. Tale frase inizia sempre con la premessa: "alla fine del (corso, modulo, lezione, ...) il discente sarà in grado di ..." seguita da una frase composta da verbo-contenuto-contesto (+livello di performance attesa, che è elemento opzionale ma fortemente consigliato). Ad esempio: alla fine del periodo di tirocinio lo studente sarà in grado di: analizzare i compiti dei diversi tipi di professionisti del team di un servizio di CP o di TD, identificando il contributo specifico di ciascuno, indicare le azioni cooperative dei diversi tipi di professionista del team in un caso clinico specifico, evidenziando anche il supporto ai bisogni psicologici e spirituali. La formulazione di buoni obiettivi formativi, tra le altre cose: indica allo studente su cosa e come sarà valutato, impone al docente di scegliere per ogni obiettivo le modalità di valutazione e le attività didattiche coerenti (allineamento costruttivo).

1.b – Crediti Formativi Universitari (CFU)

Come premessa appaiono indicate alcune precisazioni relative ai CFU.

In termini temporali la misura espressa dal CFU, nel rispetto delle regole internazionali europee, corrisponde a 25 ore complessive di lavoro dello studente per i CdL in Medicina e Chirurgia, di Psicologia, di Servizio Sociale e 30 ore per il CdL delle Professioni Sanitarie, in presenza di un docente o di un tutor (in aula, in laboratorio didattico o in tirocinio clinico) o anche, in parte, come studio ed elaborazione personale.

Sul piano dei contenuti formativi i CFU si articolano in CFU-T o CFU-F. I CFU-T (formazione teorica) sono crediti formativi che consistono in genere di 8 ore di lezione frontale e le rimanenti ore di studio personale. È necessario ricordare che fra le sedi universitarie nazionali esistono piccole differenze di interpretazione circa quante ore di didattica in presenza e quante di studio personale valga un CFU, ma non sono tali da impedire l'uniformità di applicazione delle raccomandazioni del presente documento. I CFU-F (formazione professionalizzante) consistono in attività formative assembleate in articolazioni temporali non codificate e che includono qualsiasi tipo di insegnamento destinato non tanto a descrivere e discutere contenuti, quanto a favorire l'utilizzo dei contenuti per la risoluzione di problemi professionali.

Di seguito il dettaglio di alcuni caratteri dei CFU e la loro possibile applicazione nei programmi di sviluppo formativo in CP e in TD.

- **CFU-T (didattica d'aula).** La didattica d'aula per grande gruppo continua ad essere il centro di gravità del sistema formativo universitario in Italia. Pur essendo quindi supportata da una tradizione di prassi costante, vale la pena qui ricordare che esistono metodi innovativi che consentono di porre lo studente in posizione attiva anche nel grande gruppo classe, come per esempio il *flipped classroom* o il *team-based learning*, entrambi particolarmente adatti a favorire il trasferimento di nozioni teoriche ad un utilizzo pratico.

Nei CFU-T del presente progetto i metodi succitati riguardano i contenuti indicati come "conoscenze contributive" e sono "impliciti" per i CdL di Medicina e Chirurgia. Tali "conoscenze" vengono maturate dagli studenti nei corsi di competenza relativa ad ogni contenuto ovvero nei corsi all'interno dei quali vengono affrontati sia sul piano clinico che organizzativo-gestionale quadri di patologia a prognosi infausta (es: Oncologia Medica, Medicina Interna, Neurologia, Ematologia, Psichiatria, Psicologia, Bioetica, Management sanitario Psicologia, Bioetica, Emergenze Medico Chirurgiche...). I CFU-T non sono annoverabili nel computo che si fa in questo documento perché i contenuti del credito stesso possono essere indirizzati anche solo in parte alle CP e/o alla TD. Tuttavia nella dichiarazione delle attività didattiche dovrà essere menzionato esplicitamente che quel particolare contenuto ha una sua applicazione diretta nelle CP e/o nella TD.

A garanzia che una reale "dorsale" didattica interdisciplinare delle CP e/o della TD possa effettivamente essere realizzata attraverso i contenuti dichiarati, è raccomandato che ogni CdL di Medicina e Chirurgia realizzi una operazione di coordinamento tra i corsi coinvolti nel processo formativo.

Per quanto riguarda i CdL delle Professioni Sanitarie, Psicologia, Servizio Sociale valgono le stesse precisazioni, fatto salvo che nella proposta di syllabus alcuni CFU-T vadano esplicitamente dichiarati come indirizzati in tutto o in parte alle CP e alla TD.

- **CFU-F (il tirocinio):** per ciò che riguarda la tipologia formativa di tirocinio la prassi didattica accademica in materie cliniche è ancora fortemente incentrata sul concetto di "trasmissione del sapere", legato all'accoppiamento maestro-discepolo di tradizione ipocratica. Tale modello è chiaramente impraticabile nell'Università di massa attuale, con classi abitualmente numerose, poiché così richiede la programmazione nazionale del fabbisogno di nuovi medici. La pedagogia medica internazionale mette pertanto a disposizione una molteplicità di metodi e strumenti per favorire sia la transizione della teoria nella pratica che l'introduzione di modelli di cura nella figura professionale in costruzione dello studente¹¹. Quest'ultimo obiettivo non è meno importante di quelli tecnico-professionali, poiché una buona capacità di cura può solo originare da una matura sensibilità personale ai temi del dolore,

¹¹ Guilbert JJ. *Guida pedagogica per il personale sanitario. A cura di Pasolinò G, Lotti A. Edizioni del Sud, Bari, 2002*

della sofferenza e della vita intesa in senso esistenziale e non unicamente biologico¹². È evidente che il perseguimento di risultati formativi così ambiziosi non può passare attraverso una didattica tradizionale d'aula né attraverso un tirocinio clinico di sola esposizione passiva dello studente ad un ambiente di lavoro. Così sono stati messi a punto possibili metodi attivi applicabili ad attività formative di tirocinio applicabili anche nell'ambito delle CP e della TD.

- **Apprendimento basato sui casi (case-based learning o CBL).** È un approccio generico, composto da molti metodi diversi, in cui si usa un caso clinico come motore dell'apprendimento. I casi dovrebbero essere di comune riscontro (non quindi i case report di situazioni rare), reali o realistici, ricchi di dettagli e parti narrative, che creino il personaggio del paziente. Nel CBL, il caso clinico può essere: (1) presentato dal docente e discusso nella sua evoluzione, mettendo in evidenza i passaggi decisionali, operativi, organizzativi, relazionali ed etici che lo hanno caratterizzato. Tale modalità è propedeutica a modalità più attive ma da sola non crea - per pura imitazione - la capacità dello studente di osservare, interpretare e decidere, (2) affidato in toto allo studente, perché ne identifichi - da solo o in piccolo gruppo - gli elementi caratterizzanti e li giustifichi alla luce di conoscenze teoriche (applicazione di linee guida, di norme di legge o deontologiche, di buone prassi, ...), (3) sintetizzato con il solo quadro di esordio o di inizio esercizio. Allo studente viene chiesto quindi di procedere passo per passo nel processo clinico, acquisendo le informazioni anamnestiche, obiettive e cliniche, prendendo decisioni, motivandole e discutendo le alternative. Il docente, a richiesta, fornisce via via le informazioni richieste. Questa modalità può essere "giocata" in classe con sistemi di risposta d'aula (disponibili oggi gratuitamente come applicazioni per il cellulare) o in piccolo gruppo o come simulazione interamente computerizzata (paziente virtuale) su piattaforme di e-learning.
- **Simulazioni.** Le simulazioni sono indispensabili per sviluppare abilità tecnico-manuali, ma anche comportamentali e comunicativo-relazionali. Le prime si acquisiscono con skill lab e pratica su manichini (skill trainer). Ne sono esempio nel dominio delle CP e TD la gestione di un accesso venoso periferico, centrale o di un port-cath. Tali abilità sono comuni fra diverse aree disciplinari e quindi sarà sufficiente che ci si accenti che altri docenti svolgano esercitazioni pratiche. E' però altrettanto importante sottolineare il ruolo delle competenze non tecniche (soft skills), acquisibili anche con "pazienti simulati" per formare all'acquisizione delle abilità comunicativo-relazionali. Tale apprendimento può essere avviato preliminarmente con l'osservazione e discussione di video di colloqui reali o simulati e quindi con l'esposizione dello studente a pazienti simulati, cioè persone - anche laiche - addestrate a recitare la parte del paziente

¹² Harden R, Laidlow J. *Facilitating learning. In Essential skills for a medical teacher, Elsevier-Churchill Livingstone, Edimburgo, 2012, pp. 123-178*

in una breve situazione comunicativa più o meno complessa a seconda della classe. L'azione non dovrebbe durare più di 10' e deve essere volta ad un obiettivo ben preciso (comunicare una diagnosi, una prognosi, spiegare una procedura per ottenere il consenso, ...), seguita da debriefing. Il "debriefing" è l'incontro di restituzione del risultato delle attività degli studenti, momento in cui viene discussa l'esperienza fatta, vengono evidenziate le criticità e viene auto-valutato da parte di ogni studente il raggiungimento dell'obiettivo.

- **Tirocinio clinico.** L'apprendimento sul campo è uno strumento formativo molto potente, posto che sia organizzato secondo i principi della didattica attiva e non sia mera esposizione dello studente all'osservazione passiva.

Gli elementi caratterizzanti di un buon tirocinio sono la costruzione di un piano di apprendimento che, a partire dagli obiettivi educativi e dalle opportunità offerte dai contesti specifici, permetta allo studente di dirigere il proprio percorso attivando le strategie più efficaci. Questa fase può essere sostenuta da sessioni di briefing one to one o di gruppo guidate da un Tutor. Il tirocinio può essere arricchito anche da mandati come: rilevare caratteristiche ed intensità del dolore nella specifica tipologia di pazienti, esaminare come è stata affrontata l'anorexia nei pazienti attualmente degenti nel servizio di CP o di TD, osservare durante la giornata cosa fanno gli altri professionisti non medici, ricercare nelle cartelle eventuali sintomi, di complicanze e di effetti collaterali della terapia. Durante e al termine del percorso sono raccomandate sessioni di debriefing per riflettere ed elaborare l'esperienza. A queste sessioni guidate da tutor possono contribuire in modo importante alla formazione dei professionisti della sede di tirocinio. Il "debriefing" è l'incontro di restituzione del risultato delle attività degli studenti, momento in cui viene discussa l'esperienza fatta, vengono evidenziate le criticità e viene auto-valutato da parte di ogni studente il raggiungimento dell'obiettivo. Durante la giornata di tirocinio gli studenti sono naturalmente associati al Tutor che agisce professionalmente, ma dovrebbero essere sempre in posizione attiva, anche quando si limitano ad osservare. Ciò è possibile se il Tutor assegna alla loro osservazione un mandato (ad es.: ora accoglierò un nuovo paziente, registra mentalmente le domande che faccio, poi le trascrivi e indichi la motivazione del loro valore informativo).

Sedi di tirocinio clinico nell'ambito della didattica in CP e in TD. Il tirocinio clinico deve essere svolto preferibilmente nelle strutture di CP (Hospice, UCP domiciliari, UCP ospedaliere, ambulatori) e di TD (ambulatori e UDI - Hub e Spoke, servizi di Acute Pain Service, servizi di parto-analgesia, servizi di consulenza di Medicina del Dolore in reparti ospedalieri, inclusa l'area critica - PS e Terapia Intensiva) che abbiano requisiti di referenze cliniche in termini di disponibilità numerica alla accoglienza degli studenti, disponibilità alla docenza e al tutoraggio, profilo di qualità assistenziale che faccia riferimento ai criteri e requisiti sanciti dall'Inpsa Stato Regioni del 2012 e, per ciò che riguarda i servizi di Terapia del Dolore, che tali servizi possano garantire qualifiche e disponibilità numerica di docenti appartenenti al SSD MED/41, con l'eventuale supporto dei Tutor di attività integrativa. Le strutture del SSN di TD e di CP dovranno seguire le procedure di convenzionamento con la sede universitaria di riferimento che adotta criteri di valutazione sulla modalità e la qualità della formazione offerta. Nelle convenzioni che le Università stipuleranno con le singole strutture, dovranno essere presenti dichiarazioni sul possesso dei requisiti di qualità stabiliti e sul numero di studenti che la struttura stessa è in grado di ricevere e seguire.

Nelle more di un coordinato sviluppo delle CP e della TD in tutta l'area clinica del nostro Paese è opportuno prevedere che le attività sopra elencate possano interagire con quelle dei corsi di formazione universitaria di terzo livello (Scuole di Specializzazione, Corsi di Alta Formazione, Master di CP e di TD).

Inoltre, quanto sopra esplicitato non dovrà essere alternativo o sovrapposto, ma di affiancamento coordinato, a quelle attività didattiche (corsi o moduli) all'interno di Corsi Integrati o a Corsi Facoltativi (Elettivi) d'aula e/o professionalizzanti, che ogni sede accademica ha già nel suo programma di formazione e che lo studente potrà inserire nel suo piano di studi individuale acquisendo i relativi CFU.

Sezione 5: Numero e tipologia dei CFU raccomandati dalle Conferenze Permanenti, contenuti.

Come già riportato, la CPPCLM-M&C nella riunione del 22 gennaio 2018 ha raccomandato a tutti i CLM in Medicina e Chirurgia di inserire 2 CFU-F di tirocinio professionalizzante, ricompresi nei 60 CFU F obbligatori dell'ordinamento del CLM in Medicina e Chirurgia, denominando rispettivamente 1 CFU-F Cure Palliative (o Medicina Palliativa) e 1 CFU-F Terapia (o Medicina) del Dolore ed associandoli ai SSD più opportuni (appropriati), in funzione delle sedi, nell'ambito di quelli previsti nelle normative sopracitate, e di implementare i singoli CLM con attività didattiche riguardanti gli obiettivi specifici sulle Cure Palliative e sulla Terapia del Dolore in ambito pediatrico, dell'adulto e geriatrico* (**ALLEGATO B1**).

La Università degli Studi di Ferrara, dall'anno accademico 2018-19, ha già realizzato questa raccomandazione inserendo negli obiettivi del suo CdS 2 CFU-F di tirocinio professionalizzante, denominando 1 CFU-F Cure Palliative CFU (associandolo al SSD MED/09) e 1 CFU-F Terapia del Dolore (associandolo a SSD MED/41) con conseguente monitoraggio.

La Giunta della Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie (CPLPS) nel report della mozione del 15 maggio 2018, Allegato 3, raccomanda per i CdS in Infermieristica e in Infermieristica Pediatrica: (1) l'approfondimento di specifiche conoscenze da sviluppare in un insegnamento unico o in una parte di ore dei CFU-T assegnati ai SSD che contengono declaratorie di CP ovvero che compongono Corsi Integrati di Infermieristica, Infermieristica Pediatrica Comunitaria o della Cronicità, (2) l'approfondimento di specifiche conoscenze di TD da sviluppare in una parte di ore dei CFU-T assegnati ai SSD Med/41, (3) esperienze di tirocinio afferenti al SSD Med/45, per un impegno di almeno 2 CFU-F nelle strutture della rete di CP e 2 CFU-F nelle strutture della rete di TD. La stessa Conferenza raccomanda per i CdS in Fisioterapia e in Terapia Occupazionale: (1) l'approfondimento di specifiche conoscenze da sviluppare in un insegnamento unico o in una parte di ore dei CFU-T assegnati ai SSD che contengono declaratorie di CP e che compongono insegnamenti dedicati alle metodologie della riabilitazione nelle condizioni delle patologie cronico-degenerative della età evolutiva, adulta e geriatrica, (2) l'approfondimento di specifiche conoscenze di TD da sviluppare in una parte di ore dei CFU-T assegnati ai SSD Med/41, (3) esperienze di tirocinio afferenti al SSD Med/48 per un impegno di almeno 2 CFU-F nelle strutture della rete di CP e 2 CFU-F nelle strutture della rete di TD (**ALLEGATO B2**).

L'assemblea della Conferenza della Psicologia Accademica (CPA) nella riunione del 16 gennaio 2019 ha ravvisato laddove possibile di inserire in almeno un Corso di laurea Magistrale in Psicologia (LM 51), attività didattico-formative di almeno 2 CFU-T comprendenti tematiche inerenti CP e TD sulla base delle competenze scientifiche disponibili nei SSD della sede, stabilendo anche che tali attività formative possano avvalersi di strutture/laboratori della rete formativa prevista per le attività di tirocinio (**ALLEGATO B3**).

La assemblea della Conferenza dei Corsi di Laurea L39 e M57 – Servizio Sociale (CLASS), nella riunione del 23 gennaio 2019 raccomanda di inserire, ove possibile, un'attività didattico-formativa di almeno 2 CFU relativamente alle tematiche inerenti alle CP e la TD sulla base delle competenze scientifiche disponibili nei SSD di Sociologia Generale SPS 07, di Sociologia dei Processi culturali SPS08, di Sociologia Economica e dell'Organizzazione SPS 09 delle rispettive sedi, (2) prevedere che le suddette attività siano integrate anche con la possibilità di svolgere parte del tirocinio formativo in strutture che si occupano di CP e di TD, nel rispetto della normale regolamentazione vigente nei corsi (**ALLEGATO B4**).

Le competenze specifiche e i relativi obiettivi contributivi e specifici (Cone Curriculum-Syllabus) che sono collocati all'interno dei CFU stabiliti da ogni CdL sono riportati nel dettaglio negli **ALLEGATI C1-C2-C3-C4**.

Le raccomandazioni delle Conferenze Permanenti, partendo da quella del CPPCLM-M&C, non escludono attività formative al di fuori di CFU dedicati. Al contrario viene contemplato un allargamento alle CP e alla TD dei piani didattici di aree cliniche specifiche. Un esempio particolare è il settore della pediatria, in cui la conoscenza delle problematiche della palliazione può essere più estesamente e specificatamente affrontata all'interno di CFU-T o di CFU-F etichettati dal SSD Pediatria. Così pure in tutti gli ambiti specialistici che contemplano una evoluzione clinica infausta, dalla Geriatria, alla Neurologia, alle Malattie infettive, Cardiologia, ecc. è auspicato dare uno spazio alla didattica in CP e in TD anche all'interno dei corsi ufficiali apparato specifici.

Esempi di piani formativi nei diversi CdL sono riportati nell' **ALLEGATO E**.

Sezione 5: Profilo dei docenti

I docenti dovranno essere individuati dai rispettivi CdL tra Professori e Ricercatori Universitari e tra Professionisti "esterni" alla Università che possiedono competenze scientifiche, didattiche, cliniche in materia di CP o di TD coerenti con gli obiettivi formativi dei diversi CdL, nella finalità comune di implementare i singoli CdL con attività formative riguardanti lo sviluppo della formazione in CP e in TD in tutte le fasi della vita.

I Docenti Universitari da coinvolgere nella didattica in CP e in TD vengono individuati tra coloro che appartengono a SSD che, anche se non specificamente espresso espresso nelle dichiarazioni, contengono componenti didattico-formative coerenti con le CP e la TD. Il coinvolgimento di tali figure di docenza prevede che queste abbiano il possesso delle competenze adeguate agli obiettivi formativi di ogni CdL. Si lascia peraltro ad ogni singola sede universitaria la scelta dei singoli docenti fermo restando lo scopo di valorizzare, laddove presenti, le risorse di docenti competenti negli ambiti in oggetto all'interno dei diversi SSD.

Il reclutamento dei Professionisti non universitari avviene con le modalità disciplinate dai regolamenti di Ateneo, comprendenti l'incarico diretto o una valutazione comparativa dei candidati, sempre nel rispetto del codice etico e con la garanzia della pubblicità degli atti (Legge 240/00 dicembre 2010, art. 23, comma 2). Il profilo di competenza scientifica, didattica, clinica richiesto è analogo a quello richiesto per i docenti universitari ed è riportato nella Legge 240/00, dicembre 2010, art. 23, comma 1, 2, 4 e allegato 2, pag 291).

Al fine di valorizzare la rilevanza e pertinenza formativa del profilo del candidato alla docenza, possono essere considerate una attestazione curriculare e altre forme di certificazione rilasciate da Enti qualificati, compresi crediti ECM ovvero esperienze clinico-professionali, didattiche, continuità e pertinenza nell'aggiornamento professionale, pubblicazioni scientifiche. Inoltre, in base alle norme definite dai singoli Atenei rispetto alla modalità di attribuzione dell'incarico d'insegnamento (ruolo, affidamento, contratto), ogni Sede potrà inoltre individuare criteri ottimali per il sostegno del carattere fortemente interdisciplinare della materia in oggetto.

Come rilevato nelle precedenti sezioni i CdL di Psicologia, di Servizio Sociale hanno individuato SSD all'interno dei quali possono essere trovate competenze in CP e in TD coerenti con gli obiettivi formativi specifici dei rispettivi profili professionali. Per ciò che riguarda il CdL in Medicina e Chirurgia e i CdL delle Professioni Sanitarie il profilo del docente è ben definito per la didattica in TD, riconoscibile nel SSD MED/41. Invece le competenze necessarie per l'insegnamento delle CP agli studenti di Medicina e delle Professioni Sanitarie non sono riconducibili ad un singolo SSD e quindi ad un solo profilo peculiare ed esclusivo. Pertanto in considerazione della multidisciplinarietà dell'argomento e in questa fase auspicabilmente di transizione, in cui non si è ancora consolidato un nucleo consistente e omogeneo di docenti universitari in CP, diventa rilevante l'allargamento alle CP delle dichiarazioni di SSD già definiti ma che contengono condizioni cliniche e organizzative coerenti con la opportunità di una apertura alle CP, oggi non presenti nelle rispettive dichiarazioni, ma anche il coinvolgimento nella rete formativa dei professionisti medici dei centri di CP del Sistema Sanitario Nazionale che in questi anni hanno sviluppato i saperi e l'esperienza professionale nel settore, nelle more che possa essere presa in considerazione la creazione di un SSD specifico. **(ALLEGATO D)**.

Pur nel rispetto della autonomia decisionale delle singole sedi accademiche, il presente documento riporta pertanto alcuni criteri di valutazione che possono servire da guida per definire il profilo del docente non solo universitario candidato ad un incarico di insegnamento nell'area delle CP o della TD con particolare riferimento agli obiettivi formativi dei CdL in Medicina e Chirurgia e in quello delle Professioni Sanitarie ma a disposizione anche degli altri CdL qualora se ne riscontrasse la opportunità a completamento del piano di studio della sede.

Ai docenti possono essere affiancati professionisti indirizzati allo sviluppo di una didattica integrativa (tutor, assegnisti, post-doc) anche questi sia di area universitaria che non, con adeguate qualifiche scientifico-curricolari coerenti con gli obiettivi formativi degli studenti e con esperienza didattica. Anche per tali figure, i criteri di ammissione al ruolo sono stabiliti dalle regole di ogni singola sede accademica ma con una base di competenze cliniche specifiche nei settori di CP e di TD.

Il nome dei Docenti di riferimento e dei tutor andrà evidenziato sulla piattaforma didattica, caricato all'inizio di ciascun corso con il numero di CFU associati a quell'insegnamento, i testi ed i riferimenti bibliografici consigliati e le modalità di svolgimento delle verifiche.

Profilo del Docente non universitario

I criteri di selezione proposti per il docente esterno sono riferiti al medico proveniente dal mondo professionale, che pratica quotidianamente la CP o la TD, chiamato alla docenza poiché in possesso dei requisiti di seguito riportati

Con riferimento agli obiettivi formativi del CoL in Medicina e Chirurgia

REQUISITI CURRICULARI FORMATIVI	REQUISITO/TITOLO ESPERIENZA PROFESSIONALE	REQUISITO/TITOLO ESPERIENZA DIDATTICA	REQUISITO/TITOLO RICERCA SCIENTIFICA
<p>Laurea in Medicina e Chirurgia e Scuola di Specializzazione (SS) equipollente alla disciplina concorsuale CP del SSN (DM Sanità del 29 marzo 2013)</p> <p>ovvero</p> <p>il possesso della certificazione Regionale di cui all'Art 1 comma 425 della legge 27/12/2013 n. 147 e successive integrazioni ovvero</p> <p>L'incarico di Direzione di Struttura Complessa nell'ambito del SSN</p>	<p>Attività professionale (esclusiva) documentata in CP in strutture pubbliche del SSN o accreditate con il SSN, universitarie o convenzionate con l'Università e inserite nella rete formativa > 5 anni.</p>	<p>Docenza documentata in CP o in TD (Congressi con certificazione attinenza di SICP e SIAARTI-ACD), Master Universitari, Scuole Specializzazione) da oltre 5 anni</p>	<p>Titoli scientifici e un numero di pubblicazioni scientifiche su riviste con Impact Factor coerenti sia con gli specifici profili professionali nel campo delle Cure Palliative che con il profilo di Professore Universitario.</p>

Con riferimento agli obiettivi formativi del CoL per Infermieri, Infermieri pediatrici, Fisioterapisti, Terapisti occupazionali

REQUISITI CURRICULARI FORMATIVI	REQUISITO/TITOLO ESPERIENZA PROFESSIONALE	REQUISITO/TITOLO ESPERIENZA DIDATTICA	REQUISITO/TITOLO RICERCA SCIENTIFICA
<p>Laurea in Infermieristica, Infermieristica Pediatrica, Fisioterapia, Terapia Occupazionale</p> <p>Master di I livello in Cure Palliative e Terapia del Dolore</p> <p>Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Laurea Magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie</p>	<p>Attività professionale documentata in CP in strutture pubbliche del SSN o accreditate con il SSN, universitarie o convenzionate con l'Università e inserite nella rete formativa > 3 anni.</p>	<p>Docenza documentata in CP o in TD (Corsi ECM, Congressi SICP, Master Universitari, SS)</p>	<p>Pubblicazioni e titoli scientifici coerenti con gli specifici profili professionali nel campo delle Cure Palliative</p>

Sezione 7: Valutazione dell'apprendimento

I metodi di valutazione sono diversi, in funzione della natura dell'obiettivo di cui si vuole esaminare il raggiungimento e in relazione ai differenti CdL.

Una valutazione complessiva, orale o scritta, sull'apprendimento delle CP o della TD nel loro complesso, può essere integrata da altre modalità di verifica come una valutazione delle conoscenze fattuali e delle capacità interpretative e cliniche (prove a scelta multipla, domande a incrocio esteso, *key features problems*), da una valutazione delle abilità comunicativo-relazionali (incontro con pazienti simulati e griglia di valutazione della performance dello studente), da una valutazione degli obiettivi col verbo "riconoscere" (visione e interpretazione di video che mostrano pazienti simulati o spezzoni di film significativi e griglia di valutazione della performance dello studente), da una valutazione delle abilità narrative e riflessive (produzione di scritti narrativi riflessivi e rubriche di valutazione).

La valutazione verrà effettuata nel contesto dell'esame del corso integrato nel quale insiste il CFU-T o il SSD al quale il CFU-F è associato.

Sezione 8: Proposta di costituzione di un manuale didattico

Si propone la costituzione di un gruppo di lavoro, di esperti in TD e CP espressione della Conferenza dei Diretori di Master in TD-CP, con la guida metodologica di esperti della SIPeM (Società Italiana di Pedagogia Medica), al fine di realizzare un syllabus dettagliato di conoscenze contributive, di abilità interpretative, pratiche, cliniche e attitudinali. Questa parte generale può essere comune a tutti i CdL coinvolti.

Dopo la parte generale è prevista la realizzazione di un repertorio di "esercizi clinici" e di "esercizi riflessivi" che permetta agli studenti l'acquisizione competente degli elementi del syllabus attraverso metodi di attuazione didattica coerenti con lo status di CFU di tipo T o di tipo F e con il percorso formativo con contributi ad hoc di professionisti dei singoli CdL.

Con "esercizi clinici" si intende (1) una raccolta di casi clinici discussi, per la lettura personale e l'utilizzo in attività di piccolo gruppo, (2) una raccolta di casi clinici non commentati, con l'indicazione di domande per l'attività dello studente (quali informazioni sono rilevanti? come le interpreti alla luce di un modello bio-psico-sociale di cura? che scelte di cura potresti fare? di quale presa in carico? che prove di efficacia porti a sostegno delle tue scelte? quali elementi etici sono in gioco in questo caso? che argomenti etici porti a sostegno delle tue scelte? come potresti condividere le scelte col paziente, secondo un modello di *shared clinical decision*?). Questi casi possono essere utilizzati per attività di piccolo gruppo o per la realizzazione di pazienti virtuali su piattaforma di e-learning (3) una raccolta di "copioni" per pazienti simulati, relativi soprattutto a situazioni comunicative, (4) una raccolta di "mandati di lavoro" tipici, da utilizzarsi come briefing all'inizio di una giornata di tirocinio (ad es.: rileva caratteristiche ed intensità del dolore, esamina come è stato affrontata l'anoressia nei pazienti attualmente degeni, osserva durante la giornata cosa fanno gli altri professionisti: non medici, ricerca nelle cartelle eventuali sintomi di effetti collaterali della terapia, ...), per rendere attiva e autonoma la presenza degli studenti in tirocinio.

Con "esercizi riflessivi" si intende invece (1) una raccolta di narrazioni scritte o realizzate, ad esempio, con "digital story telling" (video autoprodotti con cellulare), da utilizzare per la riflessione scritta personale o per attività riflessive di piccolo gruppo, relative alla presa di coscienza delle dimensioni esistenziali della condizione che si accompagna al dolore, alla sofferenza, al fine vita. Le narrazioni devono riguardare il vissuto del paziente, quello dei loro caregiver familiari e non, e quello dei curanti di ogni professione coinvolta, (2) un'antologia di proposte di scritti letterari, di film, di opere d'arte visiva, da utilizzare come sopra, per esercizi nell'ambito dei metodi di Medical Humanities.

Sarebbe bene che il syllabus comprendesse anche (1) esempi di test oggettivi di valutazione delle conoscenze fattuali e delle capacità interpretative e cliniche, nelle diverse tipologie di quiz (a scelta multipla, catene di vero/falso, domande a incrocio esteso, *key features problems*), (2) esempi di check list e griglie di valutazione delle abilità manuali (ad es. gestione accessi venosi centrali), (3) esempi di rubriche di valutazione delle abilità narrative e riflessive.

Dopo un periodo di sperimentazione e validazione, tutto ciò potrebbe confluire in un "Manuale per l'insegnamento e apprendimento delle CP e TD nella formazione pre-laurea dei professionisti della salute".

ALLEGATI

- Decreto di istituzione del Gruppo di Lavoro MIUR.
- (B1-B2-B3-B4) Mozioni delle Conferenze Permanenti.
- (C1-C2-C3-C4) Tabelle con l'indicazione delle competenze specifiche e abilità in CP e in TD.
- Osservazioni e proposte in merito al SSD.
- Esempi di percorsi formativi nei CdL.

e.I.B.1 tris

Allegati al documento: (Riferimento sitografico):

- Decreto di istituzione del Gruppo di Lavoro MIUR
 - Mozioni delle conferenze permanenti
- Tabelle con l'indicazione delle competenze specifiche e abilità in CP e in TD
 - Osservazioni e proposte in merito ai SSD -Settori scientifici

I testi integrali degli allegati:

- *Decreto di istituzione del Gruppo di Lavoro MIUR*
- *Mozioni delle conferenze permanenti*
- *Tablelle con l'indicazione delle competenze specifiche e abilità in CP e in TD*
- *Osservazioni e proposte in merito ai SSD -Settori scientifici disciplinari;*
- *Esempi di percorsi formativi nei CdL - Corsi di laurea*

sono disponibili presso <https://progettodemetra.it>

e.I.C

L'istituzione della Scuola di specializzazione
in medicina e cure palliative



e.I.C.1

D.L. 19 maggio 2020, n. 34 coordinato con la legge di conversione 17 luglio 2020, n. 77 recante “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID – 19”

ESTRATTO Articolo 5 ter: Istituzione della Scuola di specializzazione in medicina e cure palliative (GU n. 180 del 18-7-2020- SO n. 25)

TESTO COORDINATO DEL DECRETO-LEGGE 19 maggio 2020, n. 34

**Testo del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34
(in Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n. 128 del 19 maggio 2020,
SO n. 21/L), coordinato con la legge di conversione 17 luglio 2020,
n. 77 recante: «Misure urgenti in materia di salute,
sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali
connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19».**

(GU Serie Generale n.180 del 18-07-2020 - Suppl. Ordinario n. 25)

Art. 5 ter Istituzione della scuola di specializzazione in medicina e cure palliative

1. A decorrere dall'anno accademico 2021/2022, è istituita la scuola di specializzazione in medicina e cure palliative, cui possono accedere i laureati in medicina e chirurgia.
2. Con decreto del Ministro dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sono disciplinati i profili specialistici, gli obiettivi formativi e i relativi percorsi didattici funzionali al conseguimento delle necessarie conoscenze culturali e abilità professionali della scuola di specializzazione di cui al comma 1.
3. Con il decreto di cui al comma 2 è altresì introdotto il corso di cure palliative pediatriche nell'ambito dei corsi obbligatori delle scuole di specializzazione in pediatria.
4. All'onere derivante dall'attuazione del presente articolo, valutato in 1,8 milioni di euro per l'anno 2021, in 3,6 milioni di euro per l'anno 2022, in 5,4 milioni di euro per l'anno 2023 e in 7,2 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2024, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n.190, come rifinanziato dall'articolo 265, comma 5, del presente decreto.



e.II



**La formazione continua
in ambito sanitario (ECM)**

e.II.1

Aggiornamento sistema ECM luglio 2014
Specifiche funzionali inerenti il Sistema di accreditamento dei
provider in Educazione Continua in Medicina (ECM)
Estratti dagli allegati D e G



E.C.M.

Commissione Nazionale Formazione Continua



**SPECIFICHE FUNZIONALI
DEL TRACCIATO CONTENENTE I CREDITI ATTRIBUITI AI
PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ FORMATIVE ECM**

**Sistema di accreditamento dei provider in
Educazione Continua in Medicina (ECM)**

Luglio 2014

Versione 1.14



Indice

Variazioni	3
Obiettivi del documento.....	6
Ambito di rilevanza del Basso.....	6
Informazioni Funzionali relative al Tracciato	8
Schema concettuale.....	6
Il tracciato.....	7
Assunzioni di Base.....	7
Tempi e modalità di invio.....	7
Descrizione funzionale dei Tracciati Record	8
Formato File.....	8
Tipo di Dati.....	8
Codifica.....	8
Avvertenze Generali per la Valorizzazione dei campi.....	8
Descrizione funzionale dei campi.....	8
Tracciati XML	12
Controlli, validazione e invio file.....	12
Controlli sull'unicità dei partecipanti.....	12
Rettifiche dei dati trasmessi.....	12
Tracciati.....	13
Tracciato XML.....	13
Tracciato XSD.....	13
Allegati	18
Allegato A.....	18
Allegato B.....	18
Allegato C.....	19
Allegato D.....	19
Allegato E.....	22
Allegato F.....	22
Allegato G.....	25
Allegato H.....	25
Allegato I.....	26

**Allegato C**

Tipologia evento residenziale	Codice
Evento	E
Progetto formativo aziendale (PFA)	F

Allegato D

Ambito/Obiettivo Formativo	Codice
APPLICAZIONE NELLA PRATICA QUOTIDIANA DEI PRINCIPI E DELLE PROCEDURE DELL'EVIDENCE BASED PRACTICE (EBM - EBN - EBP)	1
LINEE GUIDA - PROTOCOLLI - PROCEDURE	2
DOCUMENTAZIONE CLINICA - PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI DIAGNOSTICI E RIABILITATIVI, PROFILI DI ASSISTENZA - PROFILI DI CURA	3
APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI SANITARIE NEI LEA. SISTEMI DI VALUTAZIONE, VERIFICA E MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA ED EFFICACIA	4
PRINCIPI, PROCEDURE E STRUMENTI PER IL GOVERNO CLINICO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE	5
LA SICUREZZA DEL PAZIENTE - RISK MANAGEMENT	6
LA COMUNICAZIONE EFFICACE INTERNA, ESTERNA, CON PAZIENTE. LA PRIVACY ED IL CONSENSO INFORMATO	7
INTEGRAZIONE INTERPROFESSIONALE MULTIPROFESSIONALE, INTERISTITUZIONALE	8
INTEGRAZIONE TRA ASSISTENZA TERRITORIALE ED OSPEDALIERA	9
EPIDEMIOLOGIA - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI TECNICO-PROFESSIONALI	10
MANAGEMENT SANITARIO, INNOVAZIONE GESTIONALE E SPERIMENTAZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI (vedi nota 1)	11



ASPETTI RELAZIONALI (LA COMUNICAZIONE INTERNA, ESTERNA, CON PAZIENTE) E UMANIZZAZIONE DELLE CURE	12
METODOLOGIA E TECNICHE DI COMUNICAZIONE SOCIALE PER LO SVILUPPO DEI PROGRAMMI NAZIONALI E REGIONALI DI PREVENZIONE PRIMARIA	13
ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE E DEI PROFESSIONISTI. LA CULTURA DELLA QUALITA'	14
MULTICULTURALITA' E CULTURA DELL' ACCOGLIENZA. NELL' ATTIVITÀ SANITARIA	15
ETICA, BIOETICA E DEONTOLOGIA	16
ARGOMENTI DI CARATTERE GENERALE: INFORMATICA E LINGUA INGLESE SCIENTIFICA DI LIVELLO AVANZATO. NORMATIVA IN MATERIA SANITARIA : I PRINCIPI ETICI E CIVILI DEL SSN	17
CONTENUTI TECNICO-PROFESSIONALI (CONOSCENZE E COMPETENZE) SPECIFICI DI CIASCUNA PROFESSIONE, DI CIASCUNA SPECIALIZZAZIONE E DI CIASCUNA ATTIVITÀ ULTRASPECIALISTICA. MALATTIE RARE	18
MEDICINE NON CONVENZIONALI: VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA IN RAGIONE DEGLI ESITI E DEGLI AMBITI DI COMPLEMENTARIETA'	19
TEMATICHE SPECIALI DEL SSN E SSR ED A CARATTERE URGENTE e/o STRAORDINARIO INDIVIDUATE DALLA COMMISSIONALE NAZIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA E DALLE REGIONI/PROVINCE AUTONOME PER FAR FRONTE A SPECIFICHE EMERGENZE SANITARIE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI DI TECNICO-PROFESSIONALI	20
TRATTAMENTO DEL DOLORE ACUTO E CRONICO. PALLIAZIONE	21
FRAGILITA' (MINORI, ANZIANI, TOSSICO-DIPENDENTI, SALUTE MENTALE) TUTELA DEGLI ASPETTI ASSISTENZIALI E SOCIO-ASSISTENZIALI	22
SICUREZZA ALIMENTARE E/O PATOLOGIE CORRELATE	23
SANITÀ VETERINARIA	24
FARMACO EPIDEMIOLOGIA, FARMACOECONOMIA, FARMACOVIGILANZA	25
SICUREZZA AMBIENTALE E/O PATOLOGIE CORRELATE	26



Laboratorio di genetica medica	46	Medico chirurgo
Medicina trasfusionale	47	Medico chirurgo
Medicina legale	48	Medico chirurgo
Medicina nucleare	49	Medico chirurgo
Microbiologia e virologia	50	Medico chirurgo
Neurofisiopatologia	51	Medico chirurgo
Neuroradiologia	52	Medico chirurgo
Patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)	53	Medico chirurgo
Radiodiagnostica	54	Medico chirurgo
Igiene, epidemiologia e sanità pubblica	55	Medico chirurgo
Igiene degli alimenti e della nutrizione	56	Medico chirurgo
Medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro	57	Medico chirurgo
Medicina generale (medici di famiglia)	58	Medico chirurgo
Continuità assistenziale	59	Medico chirurgo
Pediatria (pediatri di libera scelta)	60	Medico chirurgo
Scienza dell'alimentazione e dietetica	106	Medico chirurgo
Direzione medica di presidio ospedaliero	107	Medico chirurgo
Organizzazione dei servizi sanitari di base	108	Medico chirurgo
Audiologia e foniatría	111	Medico chirurgo
Psicoterapia	112	Medico chirurgo
Privo di specializzazione *	113	Medico chirurgo
Cure palliative	114	Medico chirurgo
Epidemiologia	115	Medico chirurgo
Medicina di comunità	116	Medico chirurgo
Odontoiatria	64	Odontoiatra
Farmacia ospedaliera	66	Farmacista
Farmacia territoriale	67	Farmacista
Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	61	Veterinario
Igiene prod., trasf., commercial., conserv. E tras. Alimenti di origine animale e derivati	62	Veterinario
Sanità animale	63	Veterinario
Psicoterapia	77	Psicologo
Psicologia	78	Psicologo
Biologo	68	Biologo
Chimica analitica	76	Chimico
Fisica sanitaria	79	Fisico
Assistente sanitario	80	Assistente sanitario
Dietista	81	Dietista
Educatore professionale	83	Educatore professionale
Fisioterapista	82	Fisioterapista
Igienista dentale	84	Igienista dentale
Infermiere	85	Infermiere
Infermiere pediatrico	86	Infermiere pediatrico
Logopedista	87	Logopedista
Ortottista/assistente di oftalmologia	88	Ortottista/assistente di oftalmologia
Ostetrica/o	89	Ostetrica/o
Podologo	90	Podologo

e.II.2

Aggiornamento sistema ECM luglio 2014
Specifiche funzionali inerenti il Sistema di accreditamento dei
provider in Educazione Continua in Medicina (ECM)
Estratti dagli allegati D e G



E.C.M.

Commissione Nazionale Formazione Continua



**SPECIFICHE FUNZIONALI
DEL TRACCIATO CONTENENTE I CREDITI ATTRIBUITI AI
PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ FORMATIVE ECM**

**Sistema di accreditamento dei provider in
Educazione Continua in Medicina (ECM)**

Dicembre 2018

Versione 1.18

**Indice**

Variazioni	3
Obiettivi del documento.....	7
Ambito di rilevanza del flusso.....	7
Informazioni Funzionali relative al Tracciato	7
Schema concettuale.....	7
Il Tracciato.....	8
Assunzioni di Base.....	8
Tempi e modalità di invio.....	8
Descrizione funzionale dei Tracciati Record	9
Formato File.....	9
Tipi di Dati.....	9
Codifica.....	9
Avvertenze Generali per la Valutazione dei campi.....	9
Descrizione funzionale dei campi.....	10
Tracciati XML	14
Controlli, validazione e invio file.....	14
Controlli sull'univocità dei partecipanti.....	14
Rettifica dei dati trasmessi.....	14
Tracciati.....	15
Tracciato XML.....	15
Tracciato XSD.....	15
Allegati	29
Allegato A.....	29
Allegato B.....	29
Allegato C.....	21
Allegato D.....	21
Allegato E.....	27
Allegato F.....	27
Allegato G.....	28
Allegato H.....	30
Allegato I.....	31

**Allegato C**

Tipologia evento residenziale	Codice
Evento	E
Progetto formativo aziendale(PFA)	P

Allegato D

Lista obiettivi formativi valida fino al 31/12/2018

Obiettivo Formativo	Codice
APPLICAZIONE NELLA PRATICA QUOTIDIANA DEI PRINCIPI E DELLE PROCEDURE DELL'EVIDENCE BASED PRACTICE (EBM - EBN - EBP)	1
LINEE GUIDA - PROTOCOLLI - PROCEDURE	2
DOCUMENTAZIONE CLINICA, PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI DIAGNOSTICI E RIABILITATIVI, PROFILI DI ASSISTENZA - PROFILI DI CURA	3
APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI SANITARIE NEI LEA - SISTEMI DI VALUTAZIONE, VERIFICA E MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA ED EFFICACIA	4
PRINCIPI, PROCEDURE E STRUMENTI PER IL GOVERNO CLINICO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE	5
LA SICUREZZA DEL PAZIENTE, RISK MANAGEMENT	6
LA COMUNICAZIONE EFFICACE INTERNA, ESTERNA, CON PAZIENTE, LA PRIVACY ED IL CONSENSO INFORMATO	7
INTEGRAZIONE INTERPROFESSIONALE E MULTIPROFESSIONALE, INTERISTITUZIONALE	8
INTEGRAZIONE TRA ASSISTENZA TERRITORIALE ED OSPEDALIERA	9
EPIDEMIOLOGIA - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI TECNICO-PROFESSIONALI	10



MANAGEMENT SANITARIO. INNOVAZIONE GESTIONALE E SPERIMENTAZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI	11
ASPETTI RELAZIONALI (LA COMUNICAZIONE INTERNA, ESTERNA, CON PAZIENTE) E UMANIZZAZIONE DELLE CURE	12
METODOLOGIA E TECNICHE DI COMUNICAZIONE SOCIALE PER LO SVILUPPO DEI PROGRAMMI NAZIONALI E REGIONALI DI PREVENZIONE PRIMARIA	13
ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE E DEI PROFESSIONISTI. LA CULTURA DELLA QUALITA'	14
MULTICULTURALITA' E CULTURA DELL' ACCOGLIENZA. NELL' ATTIVITÀ SANITARIA	15
ETICA, BIOETICA E DEONTOLOGIA	16
ARGOMENTI DI CARATTERE GENERALE: INFORMATICA E LINGUA INGLESE SCIENTIFICA DI LIVELLO AVANZATO. NORMATIVA IN MATERIA SANITARIA: I PRINCIPI ETICI E CIVILI DEL SSN	17
CONTENUTI TECNICO-PROFESSIONALI (CONOSCENZE E COMPETENZE) SPECIFICI DI CIASCUNA PROFESSIONE, DI CIASCUNA SPECIALIZZAZIONE E DI CIASCUNA ATTIVITÀ ULTRASPECIALISTICA. MALATTIE RARE	18
MEDICINE NON CONVENZIONALI: VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA IN RAGIONE DEGLI ESITI E DEGLI AMBITI DI COMPLEMENTARIETA'	19
TEMATICHE SPECIALI DEL SSN E SSR ED A CARATTERE URGENTE e/o STRAORDINARIO INDIVIDUATE DALLA COMMISSIONALE NAZIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA E DALLE REGIONI/PROVINCE AUTONOME PER FAR FRONTE A SPECIFICHE EMERGENZE SANITARIE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI DI TECNICO-PROFESSIONALI	20
TRATTAMENTO DEL DOLORE ACUTO E CRONICO. PALLIAZIONE	21
FRAGILITA' (MINORI, ANZIANI, TOSSICO-DIPENDENTI, SALUTE MENTALE) TUTELA DEGLI ASPETTI ASSISTENZIALI E SOCIO-ASSISTENZIALI	22
SICUREZZA ALIMENTARE E/O PATOLOGIE CORRELATE	23
SANITÀ VETERINARIA	24
FARMACO EPIDEMIOLOGIA, FARMACOECONOMIA, FARMACOVIGILANZA	25



SICUREZZA AMBIENTALE E/O PATOLOGIE CORRELATE	26
SICUREZZA NEGLI AMBIENTI E NEI LUOGHI DI LAVORO E PATOLOGIE CORRELATE	27
IMPLEMENTAZIONE DELLA CULTURA E DELLA SICUREZZA IN MATERIA DI DONAZIONE TRAPIANTO	28
INNOVAZIONE TECNOLOGICA, VALUTAZIONE, MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI DI GESTIONE DELLE TECNOLOGIE BIOMEDICHE E DEI DISPOSITIVI MEDICI. HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT	29
EPIDEMIOLOGIA - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI DI PROCESSO	30
EPIDEMIOLOGIA - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI DI SISTEMA	31
TEMATICHE SPECIALI DEL SSN E SSR ED A CARATTERE URGENTE <small>ex</small> STRAORDINARIO INVIATE DALLA COMMISSIONALE NAZIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA E DALLE REGIONI/PROVINCE AUTONOME PER FAR FRONTE A SPECIFICHE EMERGENZE SANITARIE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI DI PROCESSO	32
TEMATICHE SPECIALI DEL SSN E SSR ED A CARATTERE URGENTE <small>ex</small> STRAORDINARIO INVIATE DALLA COMMISSIONALE NAZIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA E DALLE REGIONI/PROVINCE AUTONOME PER FAR FRONTE A SPECIFICHE EMERGENZE SANITARIE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI DI SISTEMA	33

Lista obiettivi formativi valida a partire dal 01/01/2019

Obiettivo Formativo	Codice
Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP)	1
Libro guida - protocolli - procedure	2
Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura	3
Appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia. Livelli essenziali di assistenza (LEA)	4
Principi, procedure e strumenti per il governo (clinico) delle attività sanitarie	5



Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione	21
Fragilità e cronicità (minori, anziani, dipendenze da stupefacenti, alcool e ludopatia, salute mentale), nuove povertà, tutela degli aspetti assistenziali, sociosanitari, e socio-assistenziali	22
Sicurezza e igiene alimentari, nutrizione e/o patologie correlate	23
Sanità veterinaria. Attività presso gli stabulari. Sanità vegetale	24
Farmaco epidemiologia, farmacoeconomia, farmacovigilanza	25
Sicurezza e igiene ambientali (aria, acqua e suolo) e/o patologie correlate	26
Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione	27
Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione trapianto	28
Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche, chimiche, fisiche e dei dispositivi medici. Health Technology Assessment	29
Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute - diagnostica - tossicologia con acquisizione di nozioni di processo	30
Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute - diagnostica - tossicologia con acquisizione di nozioni di sistema	31
Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di processo	32
Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di sistema	33
Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali	34
Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali	35

**Allegato G**

Disciplina	Codice	Professione
Allergologia ed immunologia clinica	1	Medico chirurgo
Angiologia	2	Medico chirurgo
Cardiologia	3	Medico chirurgo
Dermatologia e venerologia	4	Medico chirurgo
Ematologia	5	Medico chirurgo
Endocrinologia	6	Medico chirurgo
Gastroenterologia	7	Medico chirurgo
Genetica medica	8	Medico chirurgo
Geriatrics	9	Medico chirurgo
Malattie metaboliche e diabetologia	10	Medico chirurgo
Malattie dell'apparato respiratorio	11	Medico chirurgo
Malattie infettive	12	Medico chirurgo
Medicina e chirurgia di oncologia e di urgenza	13	Medico chirurgo
Medicina fisica e riabilitazione	14	Medico chirurgo
Medicina interna	15	Medico chirurgo
Medicina legale	16	Medico chirurgo
Medicina aeronautica e spaziale	17	Medico chirurgo
Medicina dello sport	18	Medico chirurgo
Nefrologia	19	Medico chirurgo
Neonatalogia	20	Medico chirurgo
Neurologia	21	Medico chirurgo
Neuropsichiatria infantile	22	Medico chirurgo
Oncologia	23	Medico chirurgo
Oftalmologia	24	Medico chirurgo
Psichiatria	25	Medico chirurgo
Radioterapia	26	Medico chirurgo
Riumatologia	27	Medico chirurgo
Cardiochirurgia	29	Medico chirurgo
Chirurgia generale	30	Medico chirurgo
Chirurgia maxillo-facciale	31	Medico chirurgo
Chirurgia pediatrica	32	Medico chirurgo
Chirurgia plastica e ricostruttiva	33	Medico chirurgo
Chirurgia toracica	34	Medico chirurgo
Chirurgia vascolare	35	Medico chirurgo
Ginecologia e ostetricia	36	Medico chirurgo
Neurochirurgia	37	Medico chirurgo
Oftalmologia	38	Medico chirurgo
Ortopedia e traumatologia	39	Medico chirurgo
Otorinolaringoiatria	40	Medico chirurgo
Urologia	41	Medico chirurgo
Anatomia patologica	42	Medico chirurgo
Anestesia e rianimazione	43	Medico chirurgo
Biochimica clinica	44	Medico chirurgo
Farmacologia e tossicologia clinica	45	Medico chirurgo



Laboratorio di genetica medica	46	Medico chirurgo
Medicina trasfusionale	47	Medico chirurgo
Medicina legale	48	Medico chirurgo
Medicina nucleare	49	Medico chirurgo
Microbiologia e virologia	50	Medico chirurgo
Neurofisiopatologia	51	Medico chirurgo
Neuroradiologia	52	Medico chirurgo
Patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)	53	Medico chirurgo
Radiodiagnostica	54	Medico chirurgo
Igiene, epidemiologia e sanità pubblica	55	Medico chirurgo
Igiene degli alimenti e della nutrizione	56	Medico chirurgo
Medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro	57	Medico chirurgo
Medicina generale (medici di famiglia)	58	Medico chirurgo
Continuità assistenziale	59	Medico chirurgo
Pediatria (pediatri di libera scelta)	60	Medico chirurgo
Scienza dell'alimentazione e dietetica	106	Medico chirurgo
Direzione medica di presidio ospedaliero	107	Medico chirurgo
Organizzazione dei servizi sanitari di base	108	Medico chirurgo
Audiologia e foniatría	111	Medico chirurgo
Psicoterapia	112	Medico chirurgo
Privo di specializzazione *	113	Medico chirurgo
Cure palliative	114	Medico chirurgo
Epidemiologia	115	Medico chirurgo
Medicina di comunità	116	Medico chirurgo
Medicina subacquea e iperbarica	117	Medico chirurgo
Odontoiatria	64	Odontoiatra
Farmacia ospedaliera	66	Farmacista
Farmacia territoriale	67	Farmacista
Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	61	Veterinario
Igiene prod., trasf., commercial., conserv. E tras. Alimenti di origine animale e derivati	62	Veterinario
Sanità animale	63	Veterinario
Psicoterapia	77	Psicologo
Psicologia	78	Psicologo
Biologo	68	Biologo
Chimica analitica	76	Chimico
Fisica sanitaria	79	Fisico
Assistente sanitario	80	Assistente sanitario
Dietista	81	Dietista
Educatore professionale	83	Educatore professionale
Fisioterapista	82	Fisioterapista
Igienista dentale	84	Igienista dentale
Infermiere	85	Infermiere
Infermiere pediatrico	86	Infermiere pediatrico
Logopedista	87	Logopedista
Ortottista/assistente di oftalmologia	88	Ortottista/assistente di oftalmologia
Ostetrica/o	89	Ostetrica/o



e.III



La formazione del volontariato

e.III.1

Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano 9 luglio 2020
“Definizione di profili formativi omogenei per le attività di volontariato nell’ambito delle reti di cure palliative e di terapia del dolore ai sensi dell’articolo 8, comma 4, della legge 15 marzo 2010, n. 38”
(Rep. Atti n. 103/CSR)



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

Intesa ai sensi dell'articolo 8 comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 sul documento "Definizione di profili formativi omogenei per le attività di volontariato nell'ambito delle reti di cure palliative e di terapia del dolore ai sensi dell'articolo 8, comma 4, della legge 15 marzo 2010, n. 38".

Rep. Atti n. 103/R del 9 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 9 luglio 2020:

VISTO l'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, il quale prevede che il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza Unificata, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTO 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 socio sanitarie, 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 tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza;

VISTO, in particolare, l'articolo 8, comma 4, della legge 15 marzo 2010, n. 38, che ha previsto l'adozione di una Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, al fine di riconoscere l'importanza e il ruolo fondamentale del volontariato nelle reti di cure palliative e di terapia del dolore, attivando adeguati percorsi formativi omogenei e permanenti su tutto il 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) sulla proposta del Ministero 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'accredimento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e di terapia del dolore;

VISTO l'Accordo tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di 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 e i contenuti minimi in termini di conoscenza, competenza e abilità per i professionisti operanti nelle suddette reti;

VISTA l'intesa stipulata in data 19 febbraio 2015 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accredimento delle strutture sanitarie (Rep. Atti n. 30/CSR) che indica le modalità e i termini temporali per l'adozione da parte delle regioni e delle Province Sanitarie, dei criteri e dei requisiti di accreditamento di cui all'intesa stipulata in data 20 dicembre



Presidente del Consiglio dei Ministri

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

2012 tra il Governo, le Regioni e le province autonome recante "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento", in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012 (Rep. Atti n. 259/CSR) 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" e al punto B.1 prevede programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza;

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'art. 21 dello stesso D.P.C.M. 12 gennaio 2017 sopra citato che prevede la definizione nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, di "percorsi assistenziali integrati" e prevede che il Servizio sanitario nazionale garantisca 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;

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 "Definizione di profili formativi omogenei per le attività di volontariato nell'ambito delle reti di cure palliative e di terapia del dolore, ai sensi dell'articolo 8, comma 4, della legge 15 marzo 2010, n. 38";

RITENUTO che gli obiettivi generali del documento consistono nel garantire il pieno ed efficace funzionamento delle reti di cure palliative e di terapia del dolore, la continuità dei percorsi integrati di cura mediante l'omogeneizzazione del processo di selezione, formazione e organizzazione del volontariato;

TENUTO CONTO che i requisiti minimi indicati nel documento allegato, parte integrante del presente provvedimento, garantiscono una formazione di base e periodica dei volontari, affinché acquisiscano competenze trasversali e non specialistiche, con particolare attenzione alla relazione inter-personale, alla comunicazione con il malato, la famiglia e all'interno dello staff, all'ascolto empatico e alla capacità di collaborare e confrontarsi con gli altri professionisti operanti nelle reti;

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 Commissione salute con nota DGPROGS prot. 21658-P del 23 luglio 2019 per una valutazione preliminare da parte delle Regioni e delle Province autonome;

CONSIDERATO altresì che in merito al documento di proposta le Regioni non hanno presentato osservazioni;

VISTA la nota del 7 aprile 2020 con la quale il Ministero della salute ha trasmesso il testo del documento;

VISTA la nota del 3 luglio 2020 con la quale il Coordinamento tecnico interregionale della Commissione salute ha trasmesso l'assenso tecnico sul documento;





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 l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome

SANCISCE INTESA

Tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano nei termini sotto indicati:

Art.1

1. E' approvato il documento "Definizione di profili formativi omogenei per le attività di volontariato nell'ambito delle reti di cure palliative e di terapia del dolore, ai sensi dell'articolo 8, comma 4, della legge 15 marzo 2010, n. 38", che costituisce parte integrante della presente intesa (Al. 1).
2. Le Regioni e le Province autonome si impegnano a recepire la presente intesa entro 12 mesi dalla data di approvazione, inserendo e contestualizzando i relativi contenuti alla formazione dei volontari, nelle procedure di formazione ordinariamente utilizzate dalle Regioni e Province autonome.
3. Dall'attuazione della presente intesa non derivano nuovi o 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

42



Il Presidente

Am. A

Definizione di profili formativi omogenei per le attività di volontariato nell'ambito delle reti di cure palliative e di terapia del dolore, ai sensi dell'art. 8, comma 4 della legge 15 marzo 2010, n.38

Considerazione generali

Nell'ambito delle Cure Palliative e Terapia del Dolore, le Associazioni di Volontariato hanno avuto e continuano ad avere un ruolo fondamentale nelle équipe multidisciplinari e multiprofessionali dedicate alla presa in carico e all'assistenza dei pazienti e delle loro famiglie in situazioni di cronicità e di terminalità non esclusivamente correlate alla patologia oncologica.

Il contesto delle cure in generale sposterà il suo baricentro sempre di più verso il territorio, con modelli a rete di assistenza personalizzata a forte integrazione socio-sanitaria e a forte coinvolgimento dei pazienti e delle loro famiglie. In questo ambito le Associazioni di Volontariato assumeranno un ruolo sempre più significativo nell'ambito dei Percorsi Assistenziali, fornendo, sostegno relazionale, sensibilizzazione, informazione, orientamento, e attività di stimolo e controllo sull'operato di istituzioni pubbliche.

E' evidente, come, in tempi in cui la presenza e l'operato del volontario è e sarà sempre più preziosa, qualificare l'agire del volontario sia diventato più di prima una priorità. La formazione è citata esplicitamente nella Carta dei Valori del Volontariato 2001 (vedi sezione Atteggiamenti e ruoli) e, nello specifico, la legge 38/2010 all'art. 8, comma 4 riconosce l'importanza e il ruolo fondamentale del volontariato in Cure Palliative e pertanto, richiede che siano attivati adeguati percorsi formativi omogenei su tutto il territorio nazionale.

La formazione del volontario in cure palliative e terapia del dolore si realizza attraverso un percorso segnato da una fase di didattica finalizzata alla acquisizione di competenze specifiche e da una fase di tirocinio, esperienza sul campo, affinamento delle competenze relazionali e di lettura dei bisogni del contesto familiare, che prosegue negli anni. La qualità della formazione e la tutela degli utenti, dei volontari e della struttura ospitante sono garantite attraverso l'implementazione di un modello organizzativo relativo al processo di formazione e gestione dei volontari. È necessario che le organizzazioni non profit che gestiscono attività di volontariato in cure palliative e terapia del dolore (Associazioni, Organizzazioni di Volontariato, Cooperative Sociali, Fondazioni, Enti Religiosi) uniformino il processo di selezione, formazione e organizzazione del volontariato ai contenuti del presente documento.

La European Association for Palliative Care e la Federazione Cure Palliative distinguono il volontariato in cure palliative in due categorie:

- a. volontari che si occupano della relazione con le persone malate e con le loro famiglie



b. volontari che si occupano di attività di supporto: promozione, raccolta fondi, organizzazione di eventi, segreteria, ecc.

Il presente documento si rivolge in particolare ai volontari appartenenti alla prima categoria.

E' importante sottolineare che la formazione non deve costituire una forma di sbarramento per lo svolgimento di attività di volontariato (barriera all'ingresso) ma che deve anzi servire a salvaguardare tutti i soggetti coinvolti (cittadini, operatori, familiari, pazienti) fornendo ai volontari il grado di preparazione necessario a svolgere correttamente e in sicurezza il loro compito.

Profilo del volontario

Il volontario è una persona che opera all'interno delle reti ponendo al centro del suo operato il malato inserito nel suo contesto socio-familiare, lo accompagna nel percorso di malattia anche in fase terminale, e lo sostiene con interventi coordinati e integrati con l'equipe curante, interventi finalizzati ad alleviare il dolore psicologico sviluppando una efficace relazione di aiuto con il malato stesso e con la famiglia. Attraverso l'ascolto attivo, il volontario offre al malato e ai suoi familiari la possibilità di comunicare i vissuti emotivi trasmettendo solidarietà e vicinanza. Nell'esercizio delle sue attività, il volontario può assumere il ruolo di trait d'union fra il paziente, la famiglia e il personale sanitario con cui condivide gli obiettivi assistenziali. Non è una figura professionale, fa parte dell'equipe e dell'Organizzazione cui appartiene e a cui riferisce il suo operato.

A chi si rivolge:

L'azione del volontario è rivolta alla persona malata considerata nella sua dignità, nella sua integrità e nel contesto delle relazioni familiari, sociali e culturali in cui vive.

Funzioni e attività

Le principali attività del volontario si identificano in attività di sostegno relazionale e sociale al malato e alla famiglia caratterizzate da un mantenimento di comunicazione continua tra malato e familiare e il servizio di assistenza; il supporto nell'espletamento delle attività di vita quotidiana; sensibilizzazione e orientamento a corretti stili di vita, l'affiancamento al malato e l'aiuto alla famiglia nella gestione organizzativa della giornata garantendo anche una presenza nei periodi di assenza temporanea del caregiver; attività diversionali; confronto e vicinanza nel tempo dell'aggravamento e dopo il decesso.

Al volontario possono essere attribuite anche attività di tipo organizzativo, di segreteria, di fundraising e attività promozionali riferite all'associazione di appartenenza e più in generale alla promozione dei principi delle cure palliative.



Nell'esercizio delle sue attività il volontario si ispira a valori fondati sulla gratuità del servizio, promozione umana, solidarietà e sussidiarietà, partecipazione sociale, libertà e autonomia. In questo modo si impegna a promuovere la personalizzazione e l'umanizzazione delle cure.

Percorso formativo di base

Accesso al percorso formativo: selezione

Il programma di selezione dei volontari ha lo scopo di valutare l'adoneità dell'aspirante volontario e prevede un colloquio orale e la valutazione del curriculum.

Il colloquio è attuato preferibilmente da uno psicologo o comunque da una figura (ad es. il coordinatore dei volontari) che possieda competenze relazionali e nel campo dell'osservazione della comunicazione (verbale e non verbale), oltre che capacità di lettura dell'analisi motivazionale e delle aspettative del futuro volontario. Attraverso il colloquio, chi opera la selezione, approfondisce le seguenti aree di indagine: la dimensione motivazionale (equilibrio tra motivazione autocentrata e motivazione eterocentrata); la dimensione psicologica ed emozionale (capacità di reazione ad eventi stressanti e particolarmente coinvolgenti); la dimensione relazionale (capacità di stabilire rapporti empatici con l'altro); le aspettative (idoneità e possibilità effettiva di ritrovare risposta a bisogni individuali); la storia personale in rapporto al tema della malattia e alla dimensione del lutto (accordo tra emotivo e cognitivo nell'affrontare tematiche specifiche di malattia e morte, valutando se ci sono state perdite nella vita del soggetto richiedente, considerandone l'entità e il coinvolgimento).

La valutazione del curriculum permetterà al candidato di descrivere il suo percorso professionale/lavorativo, i percorsi formativi pregressi, i suoi interessi, hobby, impegno in attività ritenute rilevanti per la selezione in oggetto (attività sociali, culturali etc.). In questo modo il valutatore potrà completare la descrizione e la valutazione del candidato individuando le motivazioni, le capacità e le potenzialità del candidato utili ai fini dell'accesso al percorso formativo.

In particolare, nel colloquio orale e nella valutazione del curriculum si dovrà porre particolare attenzione ai seguenti elementi:

Età

L'aspirante volontario deve avere un'età superiore ai 18 anni. Questo dato oltre che essere in accordo alle considerazioni di ordine legale ed assicurativo, è volto a garantire una maturità anagrafica ed esistenziale, premessa indispensabile per confrontarsi con il mondo delle Cure Palliative e della Terapia del Dolore.

Stato di vita e ambito del servizio

Obiettivo della selezione è quello di connettere la richiesta dell'attività di volontariato allo stato di vita dell'aspirante volontario, valutando in maniera opportuna il settore entro cui il pensionato, l'adulto o il giovane è opportuno che operi. A queste proposte è importante avere elementi circa eventuali pregresse esperienze di servizio in altre associazioni, così da individuare il contesto operativo più idoneo.

Storia Personale, fine vita e Cure Palliative

È indispensabile considerare anche la motivazione latente che spinge il volontario ad interessarsi del mondo delle Cure Palliative. Se l'aspirante volontario ha subito un lutto importante, si ritiene necessario che trascorrano almeno due anni prima di poter operare in un contesto così particolarmente esposto alla fine della vita. La selezione ha come obiettivo anche quello di verificare un personale equilibrio del futuro volontario su una tematica così estrema come quella della morte.

Corso di formazione di base

Per poter esercitare l'attività di volontariato è d'obbligo seguire un percorso formativo di base. Il corso di formazione di base prevede un minimo di 12 ore di parte teorica e un minimo di 20 ore di tirocinio pratico. Il corso di formazione è organizzato dagli Enti del Terzo settore, operanti nell'ambito della rete locale di cure palliative e terapie del dolore, riconosciuti ai sensi alla normativa vigente.

Metodologie didattiche

La programmazione didattica dei corsi di formazione dei volontari prevede il raggiungimento di obiettivi formativi basati su competenze "trasversali" e non specialistiche, con particolare attenzione alla relazione interpersonale, alla comunicazione con il malato, la famiglia e all'interno dello staff, all'ascolto empatico, alla capacità di collaborare e confrontarsi con gli altri professionisti, alla responsabilità e alla capacità di valorizzare le esperienze e le competenze altrui. La metodologia didattica deve essere coerente con gli obiettivi formativi. Servono pertanto metodologie conseguenti: se le competenze da acquisire più che conoscenze, sono skills e modalità di intervento, è necessario che l'impianto metodologico tenga conto degli stessi principi che sono alla base del lavoro d'equipe: multidimensionalità, interprofessionalità e transdisciplinarietà.

L'acquisizione da parte del volontario delle conoscenze specifiche e delle abilità (cognitive, pragmatiche e relazionali) necessarie all'espletamento dei compiti descritti nel core curriculum richiede un intervento formativo progettato ad hoc. Ciò presuppone il ricorso a strategie formative che garantiscano la migliore efficacia in termini di accrescimento delle conoscenze e di acquisizione di abilità.

La scelta delle metodologie didattiche deve avvenire in piena coerenza con gli obiettivi formativi. In particolare dovranno essere valorizzati i metodi che consentono apprendimenti interdisciplinari e lo sviluppo

di capacità di lavoro integrato e di gruppo. Le tecniche didattiche dovranno pertanto garantire il massimo coinvolgimento dei discenti, con la possibilità di applicare in situazioni simulate quanto viene proposto nel corso del training formativo e prevedere lavori in piccolo gruppo (con successive fasi di discussione in sessione plenaria tra i vari gruppi ed i docenti) al fine di favorire il confronto tra le diverse esperienze dei partecipanti, l'apprendimento riflessivo e la costruzione collaborativa della conoscenza.

Il corso di formazione dovrà essere articolato in un tempo adeguato e dovrà prevedere sia formazione teorica d'aula sia attività di formazione sul campo.

La formazione d'aula dovrà prevedere congiuntamente:

- didattica formale (lezioni frontali, letture magistrali);
- tecniche interattive in cui la partecipazione dei volontari costituirà il fulcro del processo di apprendimento (lavori di gruppo, discussione di casi, analisi dell'esperienza, role-playing, simulazioni, focus group).

La formazione sul campo dovrà partire dall'esperienza concreta dei volontari già inseriti nei servizi delle reti per creare contesti di apprendimento efficaci per i nuovi volontari. I nuovi volontari andranno inseriti in ambiti organizzativi valorizzati come luoghi di apprendimento e saranno affiancati da "volontari tutor" la cui formazione dovrà essere coerente, riconosciuta e valorizzata nell'organizzazione del lavoro. Per la formazione sul campo dei volontari sarà necessario dotarsi di standard minimi di progettazione, gestione e valutazione dei percorsi di tirocinio.

Obiettivi

- Fornire conoscenza sulla storia e i principi delle cure palliative e della terapia del dolore sul contesto specifico in cui il candidato presterà servizio;
- Fornire strumenti per identificare potenzialità e limiti del ruolo del volontario e definire gli ambiti specifici delle sue attività;
- Fornire al volontario gli strumenti tecnici, relazionali e comunicativi per supportare emotivamente e praticamente il malato e i familiari nei diversi setting assistenziali e nel corso della evoluzione della malattia;
- Sviluppare nel volontario il senso di appartenenza all'organizzazione e aiutarlo ad acquisire capacità finalizzate a promuovere la cultura della lotta contro il dolore e la salvaguardia della dignità della vita umana;
- Sviluppare nel volontario le competenze necessarie per connettersi con gli altri nodi delle reti di cure palliative e terapie del dolore con l'obiettivo di ottimizzare forme di cooperazione e collaborazione;
- Far acquisire al volontario competenze specifiche per la ricerca e la raccolta di fondi finalizzate al finanziamento delle attività delle associazioni.

Contenuti

I contenuti del processo di formazione si dividono in tre macro-aree:



- area delle competenze tecniche, finalizzate alla costruzione dell'identità di ruolo e all'acquisizione di conoscenze inerenti le nozioni generali sulla malattia inguaribile, sulle cure palliative e terapia del dolore;
- area delle competenze comunicative e relazionali finalizzate allo sviluppo di capacità di dialogo, di relazione empatica con gli assistiti e con le loro famiglie, alla gestione delle emozioni e strutturazione di comportamenti resilienti, allo sviluppo di relazioni di coping e di sostegno nell'acquisizione di pratiche di self care;
- area della capacità di agire nella comunità locale. In quest'ultimo ambito rientreranno i contenuti formativi relativi alla cultura della solidarietà, alla promozione del volontariato nelle cure palliative e terapie del dolore ed infine all'acquisizione di tecniche per il fundraising.

Tirocinio

La durata del tirocinio non deve essere inferiore alle 20 ore. Ogni volontario sarà affiancato da un tutor, volontario già in servizio da almeno 1 anno. Il tutor supporterà il tirocinante nel processo formativo pratico, favorendo l'integrazione tra teoria e pratica, verificherà il processo di apprendimento e valuterà il raggiungimento degli obiettivi formativi in coerenza con le finalità del corso di formazione.

Profilo del tutor

Il tutor è la figura di riferimento e il garante del percorso formativo sul campo:

- interviene sulle condizioni di apprendimento;
- guida il percorso di formazione, individuale o collettivo, secondo le fasi e le modalità previste;
- esercita la funzione di raccordo fra formandi, docenti, esperti e organizzazione;
- garantisce nel tempo il mantenimento degli scopi e degli obiettivi;
- pianifica con ogni tirocinante il percorso formativo, definisce gli obiettivi e ne verifica la progressione. Aiuta a riflettere sui modi di apprendimento, sulle difficoltà e i successi, sull'inserimento nel gruppo;
- rileva e registra gli elementi di controllo e valutazione del processo;
- collega le aree disciplinari e aiuta nelle connessioni, nello sviluppo degli approfondimenti, nella pianificazione del lavoro individuale;
- garantisce l'efficacia della comunicazione risolvendo eventuali problemi organizzativi e comunicativi che si creano.

Capacità – competenze del tutor

- possiede buone capacità di gestione delle relazioni interpersonali e di comunicazione;
- possiede buone capacità di coordinamento, collaborazione e concertazione con i colleghi;
- sa utilizzare differenti "metodi" o supporti didattici;



- è in grado di governare contenuti e fasi del processo didattico e di integrare eventuali carenze;
- conosce molto bene il contesto organizzativo;
- ha una conoscenza approfondita del progetto complessivo e ne condivide gli scopi.

La formazione del tutor

La formazione del tutor dovrà essere promossa dalle Organizzazioni di volontariato. Il programma di formazione dovrà comprendere:

- obiettivi e struttura dei tirocini con indicazione di principi e modelli di riferimento;
- apprendimento sul campo con indicazione di principi e metodologie;
- il progetto e il controllo del processo prevedendo esercitazioni pratiche;
- il ruolo del tutor.

Valutazione finale

La valutazione finale verrà effettuata dal responsabile del processo formativo che, acquisito il parere del tutor, effettuerà un colloquio finale con il tirocinante ed esprimerà una valutazione conclusiva.

Percorso formativo avanzato

Possono essere previsti percorsi formativi avanzati con moduli integrativi connessi alla necessità di sviluppare ulteriori competenze in contesti specifici:

- Ambito pediatrico, adolescenziale, geriatrico
- Contesto multiculturale
- Contesto familiare difficile
- Malati affetti da patologie neurologiche o altre patologie croniche degenerative

Formazione continua

Ai volontari deve essere garantita una adeguata formazione permanente. La frequenza alle proposte formative è obbligatoria. La formazione è a cura dell'Organizzazione di volontariato, in collaborazione con i servizi delle reti locali di cure palliative e di terapia del dolore.

Obiettivi della formazione permanente sono:

- garantire il continuo aggiornamento e approfondimento delle competenze e capacità necessarie allo svolgimento del servizio;
- costituire un gruppo di lavoro in grado di favorire un confronto e uno scambio di contenuti e di emozioni sull'attività di volontariato;
- mantenere il collegamento e il senso di appartenenza del volontario all'Organizzazione.

La formazione alternerà lezioni d'aula, role playing, simulazioni, discussioni di casi e supervisioni in servizio al programma e alle necessità rilevate.



Particolarmente rilevanti per la formazione permanente nelle Cure Palliative sono:

- la dimensione psicologica della malattia e del morire;
- il ruolo dei volontari, riconoscimento delle proprie risorse e dei propri limiti relazionali;
- la comunicazione verbale e non verbale;
- la famiglia, il sistema e le dinamiche familiari;
- il ruolo del volontario all'interno dell'equipe di Cure Palliative;
- aggiornamento sulle Cure Palliative e la Terapia del Dolore;
- attività dell'Organizzazione, evoluzione della mission e delle iniziative di promozione;
- attività del volontario, studio e discussione dei casi

Capitolo

f

**LE DISPOSIZIONI ANTICIPATE
DI TRATTAMENTO (DAT)**

f.1

Decreto del Ministro dell'Interno 23 dicembre 2015
Modalità tecniche di emissione della Carta d'identità elettronica
ESTRATTO Articolo 16: Donazione di organi e tessuti
(GU n.302 del 30-12-2015)

MINISTERO DELL'INTERNO

DECRETO 23 dicembre 2015

Modalita' tecniche di emissione della Carta d'identita' elettronica.
(15A09809)

(GU n.302 del 30-12-2015)

IL MINISTRO DELL'INTERNO
di concerto con

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE, IL MINISTRO PER LA
SEMPLIFICAZIONE E LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Visto l'art. 3 del regio decreto 18 giugno 1931, n. 773, Testo unico delle leggi di pubblica sicurezza, di seguito TULPS, ed il relativo regolamento di esecuzione del 6 maggio 1940, n. 635;

Vista la legge 13 luglio 1966, n. 559 e in particolare l'art.2, comma 8;

Visto il decreto-legge 31 gennaio 2005, n. 7, convertito con modificazioni in legge 31 marzo 2005, n. 43;

Visto il decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e successive modificazioni, recante "Codice dell'amministrazione digitale";

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 ottobre 1999, n. 437;

Visto il decreto del Ministro dell'interno 23 aprile 2002, istitutivo del Centro nazionale per i servizi demografici presso il Dipartimento per gli Affari interni e territoriali - Direzione centrale per i servizi demografici;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 10 novembre 2014, n. 194, recante "modalita' di attuazione e di funzionamento dell'Anagrafe nazionale della popolazione residente

http://www.gazzettaufficiale.it/atto/stampa/serie_generale/originario

(ANPR) e di definizione del piano per il graduale subentro dell'ANPR alle anagrafi della popolazione residente";

Visto l'art. 10, comma 3, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, recante "Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali" convertito, con modificazioni, dalla legge del 6 agosto 2015, n.125 che prevede che l'emissione della carta d'identita' elettronica e' riservata al Ministero dell'interno che vi provvede nel rispetto delle norme di sicurezza in materia di carte valori, di documenti di sicurezza della Repubblica e degli standard internazionali di sicurezza;

Visto il medesimo art. 10, comma 3, del citato d.l. n. 78 del 2015, che stabilisce che con decreto del Ministro dell'interno, di concerto con il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione e il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita l'Agenzia per l'Italia digitale, il Garante per la protezione dei dati personali e la Conferenza Stato-citta' autonomie locali, siano definite le caratteristiche tecniche, le modalita' di produzione, di emissione, di rilascio della carta d'identita' elettronica, nonche' di tenuta del relativo archivio informatizzato;

Vista la direttiva 98/34/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 22 giugno 1998, modificata dalla direttiva 98/48/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 20 luglio 1998, attuata dalla legge 21 giugno 1986, n. 317, modificata dal decreto legislativo 23 novembre 2000, n. 427;

Vista la legge 1° aprile 1999, n. 91, recante "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti";

Visto il decreto del Ministro della sanita' dell'8 aprile 2000, recante "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti, attuativo delle prescrizioni relative alla dichiarazione di volonta' dei cittadini sulla donazione di organi a scopo di trapianto", come modificato dal decreto del Ministro della salute dell'11 marzo 2008;

Visto il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni, recante "Codice per la protezione dei dati personali";

Visto il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 4 agosto 2003 e successive modificazioni, recante "Nuove istruzioni per la disciplina dei servizi di vigilanza e controllo sulla produzione delle carte valori, degli stampati a rigoroso rendiconto, degli stampati comuni e delle pubblicazioni ufficiali";

Visto il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 23 dicembre 2013 recante "individuazione delle carte valori ai sensi dell'art. 2, comma 10-bis, lettere a) e b) della legge 13 luglio 1966, n. 559 e successive modificazioni e integrazioni";

Sentita l'Agenzia per l'Italia digitale che si e' espressa con

determinazione n. 169/2015 del 14 dicembre 2015;

Sentito il Garante per la protezione dei dati personali che si e' espresso con parere n. 656, in data 17 dicembre 2015;

Sentita la Conferenza Stato-citta' e autonomie locali in data 17 dicembre 2015;

Decreta:

Art. 1

Definizioni

1. Ai sensi del presente decreto si intende per:

a) "ANPR": l'Anagrafe Nazionale della Popolazione Residente, di cui all'articolo 62 del CAD;

b) "Autenticazione in rete": l'identificazione informatica tramite la CIE, ai sensi dell'articolo 64 del CAD, finalizzata all'accesso ai servizi erogati in rete dalle pubbliche amministrazioni;

c) "CA Autenticazione": la struttura di Certification Authority del CNSD che emette i certificati di autenticazione in rete, componente della piattaforma e dell'infrastruttura per l'emissione della CIE;

d) "CAD": il Codice dell'Amministrazione digitale di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e successive modifiche;

e) "Cartellino elettronico": la trasposizione in formato digitale del cartellino cartaceo di cui all'articolo 290 del regio decreto 6 maggio 1940, n. 635;

f) "Centro Nazionale Trapianti": il Centro nazionale per i trapianti istituito dall'articolo 8 della legge 1 aprile 1999, n. 91, e successive modificazioni;

g) "Certificato di Autenticazione": il certificato digitale rilasciato dalla "CA Autenticazione" necessario per l'autenticazione in rete;

h) "CIE": il documento d'identita' personale rilasciato dal Ministero dell'interno denominato "Carta d'Identita' Elettronica";

i) "CNSD": il Centro Nazionale dei Servizi Demografici, costituito con il decreto ministeriale 23 aprile 2002, presso il Ministero dell'interno - Dipartimento affari interni e territoriali;

j) "CP-CIE": il centro di produzione della CIE, componente della piattaforma e dell'infrastruttura per l'emissione della CIE;

k) "Dati di identificazione": i dati memorizzati sul microprocessore ai fini della verifica dell'identita';

avviano il processo di rilascio della CIE secondo le regole tecniche e di sicurezza previste dal presente decreto, nei tempi e nelle modalita' stabilite dalla Commissione di cui all'articolo 13.

2. Nei restanti Comuni e nei Consolati, il rilascio della CIE e' avviato secondo il piano definito dal Ministero dell'interno sentita la Commissione di cui all'articolo 13.

Art. 15

Trattamento dei dati personali

1. Ai fini della produzione, del rilascio e della gestione della CIE, il trattamento dei dati personali e' effettuato nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modifiche.

1. Il Ministero dell'interno - Dipartimento Affari interni e territoriali, il Ministero dell'economia e delle finanze, i Comuni e il Ministero degli affari esteri sono titolari del trattamento di dati personali di propria competenza.

3. Il Ministero dell'interno, le Amministrazioni e gli Enti coinvolti nel processo di emissione non procedono in alcun caso al tracciamento e/o alla registrazione centralizzata di dati relativi all'utilizzo della CIE per l'accesso ai servizi erogati da altri soggetti.

Art. 16

Donazione di organi e tessuti

1. Il cittadino maggiorenne, in sede di richiesta al Comune di rilascio della CIE, ha facolta' di indicare il proprio consenso, ovvero diniego, alla donazione di organi e tessuti in caso di morte.

2. L'indicazione di cui al comma 1 e' trasmessa dal comune al Sistema Informativo Trapianti con le modalita' indicate nell'allegato B.

3. Nel caso in cui il cittadino intenda modificare la propria volonta' precedentemente registrata nel SIT, si deve recare presso la propria ASL di appartenenza oppure le aziende ospedaliere o gli ambulatori dei medici di medicina generale o i Centri Regionali per i Trapianti (CRT), o - limitatamente al momento di rinnovo della CIE - anche presso il Comune.

Art. 17

http://www.gazzettaufficiale.it/atto/stampa/serie_generale/originario

f.2

Legge 22 dicembre 2017, n. 219
Norme in materia di consenso informato e di
Disposizioni anticipate di trattamento
(GU n.12 del 16-1-2018)

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

Contenuto informato

1. La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.

2. È promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si concretano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli operatori una professione sanitaria che compongono l'équipe sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo.

3. Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

4. Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

5. Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4,

qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando lo revoca compie l'interruzione del trattamento. Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici. Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questo acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

6. Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può costringere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-ossimetriche; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali.

7. Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'équipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di riceverla.

8. Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.

9. Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale.

10. La formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative.

11. È fatta salva l'applicazione delle norme speciali che disciplinano l'acquisizione del consenso informato per determinati atti o trattamenti sanitari.

Art. 2.

Terapia del dolore, diversa di intensità irragionevole nella cura e dignità nella fase finale della vita

1. Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico. A tal fine, è sempre garantita un'appropriatezza terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38.



2. Nei casi di paziente con prognosi infirmata a breve termine o di imminente di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole della somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati, in presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente.

3. Il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua o il rifiuto della stessa sono motivati e sono archiviati nella cartella clinica o nel fascicolo sanitario elettronico.

Art. 3.

Minori e incapaci

1. La persona minore di età o incapace ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione, nel rispetto dei diritti di cui all'articolo 1, comma 1. Deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo canonico alle sue capacità per essere stessa nelle condizioni di esprimere la sua volontà.

2. Il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità.

3. Il consenso informato della persona imbrodata ai sensi dell'articolo 414 del codice civile è espresso o rifiutato dal tutore, sentite l'interdizione ove possibile, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita della persona nel pieno rispetto della sua dignità.

4. Il consenso informato della persona inabilitata o espresso dalla medesima persona inabilitata. Nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere.

5. Nel caso in cui il rappresentante legale della persona interdotta o inabilitata oppure l'amministratore di sostegno, in assenza delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) di cui all'articolo 4, o il rappresentante legale della persona minore rifiuta le cure proposte e il medico ritenga invece che queste siano appropriate e necessarie, la decisione è rimessa al giudice tutelare su ricorso del rappresentante legale della persona interessata o dei soggetti di cui agli articoli 406 e seguenti del codice civile o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria.

Art. 4.

Disposizioni anticipate di trattamento

1. Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in merito

ai trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche o a singoli trattamenti sanitari, designando una persona di sua fiducia, di seguito denominata «fiduciario», che ne faccia le voci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.

2. Il fiduciario deve essere una persona maggiorenne e capace di intendere e di volere. L'accettazione della nomina da parte del fiduciario avviene attraverso la sottoscrizione delle DAT o con atto successivo, che è allegato alle DAT. Al fiduciario è rilasciata una copia delle DAT. Il fiduciario può rinunciare alla nomina con atto scritto, che è comunicato al disponente.

3. L'incarico del fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione.

4. Nel caso in cui le DAT non contengano l'indicazione del fiduciario o questi si abbia rinunciatario o sia decaduto o sia diventato incapace, le DAT mantengono efficacia in merito alle volontà del disponente. In caso di necessità, il giudice tutelare provvede alla nomina di un amministratore di sostegno, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile.

5. Fermo restando quanto previsto dal comma 6 dell'articolo 1, il medico è tenuto al rispetto delle DAT, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incoerenti o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sostanzialmente terapeutici non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita. Nel caso di conflitto tra il fiduciario e il medico, si procede ai sensi del comma 5, dell'articolo 3.

6. Le DAT devono essere redatte per atto pubblico o per scrittura privata autografa ovvero per scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del comune di residenza del disponente medesimo, che provvede all'annotazione in apposito registro, ove istituito, oppure presso le strutture sanitarie, qualora ricorrano i presupposti di cui al comma 7. Sono esenti dall'obbligo di registrazione, dall'imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto e tassa. Nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, le DAT possono essere espresse attraverso videoregistrazione o dispositivo che consentano alla persona con disabilità di comunicare. Con le medesime forme esse sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento. Nei casi in cui ragioni di emergenza e urgenza impedissero di procedere alla revoca delle DAT con le forme previste dai paragrafi precedenti, queste possono essere revocate con dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni.

7. Le regioni che adottano modalità telematiche di gestione della cartella clinica o il fascicolo sanitario elettronico o altre modalità informatiche di gestione dei dati del singolo iscritto al Servizio sanitario nazionale possono, con proprio atto, regolamentare la raccolta di copia delle DAT, comprese l'indicazione del fiduciario, e il loro inserimento nella banca dati, lasciando comunque al cittadino la libertà di scegliere se darne copia o indicare dove esse siano reperibili.



8. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero della salute, le regioni e le aziende sanitarie possono e informare della possibilità di redigere le DAT in base alla presente legge, anche attraverso i rispettivi siti internet.

Art. 5.

Pianificazione condivisa delle cure

1. Nella relazione tra paziente e medico di cui all'articolo 1, comma 2, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inaspettabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l'equipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità.

2. Il paziente e, con il suo consenso, i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di sua fiducia sono adeguatamente informati, ai sensi dell'articolo 1, comma 3, in particolare sul possibile evolversi della patologia in atto, su quanto il paziente può realisticamente attendersi in termini di qualità della vita, sulle possibilità cliniche di intervento e sulle cure palliative.

3. Il paziente esprime il proprio consenso rispetto a quanto proposto dal medico ai sensi del comma 2 e i propri intendimenti per il futuro, compresa l'eventuale indicazione di un fiduciario.

4. Il consenso del paziente e l'eventuale indicazione di un fiduciario, di cui al comma 3, sono espressi in forma scritta ovvero, nel caso in cui le condizioni cliniche del paziente non lo consentano, attraverso video-registrazioni o dispositivi che consentano alla persona con difficoltà di comunicare, e sono inseriti nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. La pianificazione delle cure può essere aggiornata al progressivo evolversi della malattia, su richiesta del paziente o su suggerimento del medico.

5. Per quanto riguarda gli aspetti non espressamente disciplinati dal presente articolo si applicano le disposizioni dell'articolo 4.

Art. 6.

Forma trasuntiva

1. Ai documenti atti ad esprimere le volontà del disponente in merito ai trattamenti sanitari, depositati presso il comune di residenza o presso un notaio prima della data di entrata in vigore della presente legge, si applicano le disposizioni della medesima legge.

Art. 7.

L'insieme di interventi finanziari

1. Le amministrazioni pubbliche intervengono provvedendo all'attuazione delle disposizioni della presente legge nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Art. 8.

Relazione alle Camere

1. Il Ministro della salute trasmette alle Camere, entro il 30 aprile di ogni anno, a decorrere dall'anno successivo a quello in corso alla data di entrata in vigore della presente legge, una relazione sull'applicazione della legge stessa. La relazione deve contenere le informazioni necessarie entro il mese di febbraio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministero della salute.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 22 dicembre 2017

MATTARELLA

GIUSEPPE SOTTILI, *Presidente del Consiglio dei ministri*

Vice, *Giuseppe G. Ottolenghi*

LAVORI PREPARATORI

Camera dei deputati (atto n. 1142)

Presentato dall'On. Miano (Movimento) il 4 giugno 2014.

Assegnato alla XII Commissione (previdenza e affari sociali), in sede referente, il 9 luglio 2014 con parere della Commissione (ANNO costituzionale) 1° (Giustizia), V (Affari interni) (Questioni regionali).

Comitato della XII Commissione permanente (Affari sociali), in sede referente, in data 4, 31 febbraio 2015; 2, 7, 9, 30, 31 marzo 2015; 9, 11, 19, 25 aprile 2015; 3, 12 maggio 2015; 12, 13, luglio 2015; 2 agosto 2015; 4, 15, 20, 22, 27 settembre 2015; 4 ottobre 2015; 23 novembre 2015; 7 dicembre 2015; 17, 18, 19, 24, 25, 26, 30 gennaio 2017; 1, 2, 7, 8, 14, 16, 21 febbraio 2017; 5, 2 marzo 2017.

Comitato in sede in data 25 gennaio 2017; 16, 24 febbraio 2017; 14, 16, 28 marzo 2017; 4, 7, 19 aprile 2017 ed approvato in data 29 aprile 2017 (in un T.U. con A.C. 1589 (Lacortola e altri), A.C. 1432 (Miano e altri), A.C. 2129 (Riscicchia e altri), A.C. 2068 (Nocella e altri), A.C. 2996 (Bianchi e altri), A.C. 3391 (Caldesi e altri), A.C. 3591 (Miano e altri), A.C. 3544 (Nacci e altri), A.C. 3786 (Facci e altri), A.C. 3796 (Caldesi e altri), A.C. 3999 (Borghese e altri), A.C. 3610 (Lori e altri), A.C. 3723 (Mariano), A.C. 3734 (Mariano e altri), A.C. 3770 (Giannone e altri).

Senato della Repubblica (atto n. 2011)

Assegnato alla 12ª Commissione (previdenza e affari sociali), in sede referente, il 29 aprile 2017 con parere della Commissione (ANNO costituzionale) 1° (Giustizia), 1° (Affari interni), 1° (Questioni regionali).

Comitato della 12ª Commissione permanente (legge e sanità), in sede referente, in data 2, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 24, 25, 26, 31 maggio 2017; 1, 12, 13, 14, 15, 20, 21, 28, 29 giugno 2017; 23, 27, 31 luglio 2017; 1° agosto 2017; 19, 21, 17, 28 settembre 2017; 1, 4, 7, 10, 11, 17, 18, 26 ottobre 2017.

Comitato in sede in data 17 ottobre 2017; 5, 6, 12, 13 dicembre 2017 ed approvato definitivamente in data 14 dicembre 2017.



NOTE

Articolato.

Il testo delle norme qui pubblicate è stato redatto dall'ammministratore onorario per materia ai sensi dell'art. 10, comma 2 e 3, del regolamento delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, nell'attuazione del decreto del Presidente della Repubblica e sulla pubblicazione ufficiale della Repubblica italiana, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 1983, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge modificate o alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Sino all'art. 1

— Si riporta il testo degli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione.

Art. 2. La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.

Art. 13. La libertà personale è inviolabile.

Nessuno può essere privato di libertà senza che esista una pregressa o presente condanna pronunciata dalla magistratura, se non per atto motivato dell'Autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge.

In casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge, l'Autorità di Pubblica sicurezza può adottare provvedimenti provvisori, che devono essere comunicati entro quarantotto ore all'Autorità giudiziaria e, se questa non li convalida nelle successive quarantotto ore, si intendono revocati e restano privi di ogni effetto.

È punito ogni trattamento fisico o morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà.

— La legge stabilisce i limiti necessari della sorveglianza preventiva.

Art. 32. La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

— Si riporta il testo degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea.

Art. 1. Dignità umana. — 1. La dignità umana è inviolabile. Essa deve essere rispettata e tutelata.

Art. 2. Diritto alla vita. — 1. Ogni persona ha diritto alla vita.

2. Nessuno può essere condannato alla pena di morte, né giustiziato.

Art. 3. Diritto all'integrità della persona. — 1. Ogni persona ha diritto alla propria integrità fisica e psichica.

2. Nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati:

a) il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge;

b) il divieto delle pratiche eugenetiche, in particolare di quelle aventi come scopo la selezione delle persone;

c) il divieto di fare dell'uomo oggetto di ricerca o della sua parte in quanto tale una fonte di lucro;

d) il divieto della clonazione riproduttiva degli esseri umani.

Sino all'art. 2

— La legge 15 marzo 2016, n. 38, cioè "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore".

Sino all'art. 3

— Si riporta il testo dell'art. 404 del codice civile.

Art. 404. Persona che possono essere assistite.

È sottoposto di età e al numero anziosissimi, i quali se trovansi in condizioni di assoluta infermità di natura che li rende incapaci di provvedere ai propri interessi, sono sottoposti quando ciò è necessario, per assicurare la loro adeguata protezione.

— Si riporta il testo degli articoli 406 e seguenti del codice civile.

Art. 406. Leggeri.

Il ricorso per l'istituzione dell'amministrazione di sostegno può essere proposto dalla stessa persona beneficiaria, anche se incetta, interdetta o interdotta, ovvero da uno dei soggetti indicati nell'art. 417.

Se il ricorso concerna persona interdetta o interdotta il medesimo è presentato congiuntamente all'istanza di revoca dell'interdizione o dell'interdizione di fatto al giudice competente per quest'ultima.

I responsabili dei servizi sociali o sociali direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona, con il consenso di tutti, se da qualche oppositore l'apertura del procedimento di amministrazione di sostegno, sono tenuti a proporre al giudice titolare il ricorso di cui all'art. 407 e a fornire l'assistenza prevista al pubblico ministero.

al biennio.

Art. 417. Istanza d'istituzione o di interdizione.

L'istituzione o l'interdizione possono essere proposte dalla persona indicata negli articoli 414 e 415, dal coniuge, dalla persona stabilmente convivente, dai parenti entro il quarto grado, dagli altri entro il secondo grado, dal tutore o curatore ovvero dal pubblico ministero.

Se l'interdizione o l'istituzione si trova sotto la responsabilità parentale o ha per coartato uno dei genitori, l'interdizione o l'istituzione non può essere proposta che se consenta del genitore o del pubblico ministero.

Il Capo I del Titolo XII del libro I del codice civile è stato introdotto dalla legge 9 gennaio 2006, n. 6, relativa all'istituzione dell'amministrazione di sostegno e modificata dagli articoli 308, 314, 417, 418, 424, 426, 427 e 429 del codice civile in materia di interdizione e di interdizione, nonché relativi norme di attuazione, di coordinamento e finali.

184/2006



f.3

Decreto ministeriale 10 dicembre 2019, n. 168
Regolamento concernente la banca dati nazionale destinata alla
registrazione delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT)
(GU n.13 del 17-1-2020)

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 10 dicembre 2019, n. 168

Regolamento concernente la banca dati nazionale destinata alla registrazione delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT).
(202000005)

(GU n.13 del 17-1-2020)

Vigente al: 1-3-2020.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Visto l'articolo 32 della Costituzione italiana;

Visto l'articolo 1, comma 418, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020», con il quale è istituita presso il Ministero della salute una banca dati destinata alla registrazione delle Disposizioni anticipate di trattamento (DAT) attraverso le quali ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi, può esprimere la propria volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari;

Vista la legge 22 dicembre 2017, n. 219, recante «Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento e, in particolare, l'articolo 4 con il quale è stata introdotta la disciplina relativa alle disposizioni anticipate di trattamento»;

Visto, altresì, l'articolo 1 della citata legge 22 dicembre 2017, n. 219, che riconosce ad ogni persona il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico e della rinuncia ai medesimi;

Visto il regolamento UE/2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE;

Visto il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 194, recante «Codice in materia di protezione dei dati personali», come modificato e integrato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, recante «Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)»;

Visto il decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 32, recante codice dell'Amministrazione Digitale;

Vista la legge 16 febbraio 1913, n. 89, sull'ordinamento del notariato e degli archivi notarili;

Visto il decreto legislativo 3 febbraio 2011, n. 71, sull'ordinamento e le funzioni degli uffici consolari, e, in particolare, l'articolo 36, comma 1, che stabilisce che il capo dell'Ufficio consolare esercita le funzioni di notaio nei confronti dei cittadini;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000,

n. 396, recante il regolamento per la revisione e la semplificazione dell'ordinamento dello stato civile, a norma dell'articolo 2, comma 13, della legge 15 maggio 1997, n. 127;

Vista la nota, prot. n. 0007507-P del 2 giugno 2018, con cui il Ministero della salute ha formulato richiesta di parere facoltativo al Consiglio di Stato, ai sensi dell'articolo 14 del regio decreto 26 giugno 1924, n. 1054, e dell'articolo 4, comma 1, lettera f) del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 185, in merito a taluni dubbi interpretativi emersi nel corso dell'attività di attuazione della menzionata disciplina di legge;

Visto l'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni;

Acquisito il parere del Consiglio di Stato n. 81991/2018 del 31 luglio 2018 emesso in esito alla Adunanza della Commissione speciale del 18 luglio 2018;

Acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali, reso in data 19 maggio 2019;

Acquisita l'intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, nella seduta del 25 luglio 2019;

Udito il parere del Consiglio di Stato espresso dalla Sezione consultiva per gli atti normativi nell'Adunanza del 7 novembre 2019;

Vista la nota IEG prot. n. 8614 del 9 dicembre 2018 con la quale, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, lo schema di regolamento è stato comunicato alla Presidenza del Consiglio dei ministri, nonché la presa d'atto del Dipartimento affari giuridici e legislativi della Presidenza del Consiglio dei ministri con nota DMGL del 9 dicembre 2019, prot. n. 12568;

Adotta
il seguente regolamento:

Art. 1
Finalità e oggetto:

1. Il presente decreto stabilisce le modalità di raccolta delle copie delle Disposizioni anticipate di trattamento (DAT) di cui all'articolo 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, nella Banca dati nazionale, istituita presso il Ministero della salute dall'articolo 1, comma 418, della legge 27 dicembre 2017, n. 201, e gestita dalla Direzione generale competente in materia di digitalizzazione e sistemi informativi sanitari. Esso definisce, inoltre, il funzionamento e i contenuti informativi della predetta Banca dati nonché le modalità di accesso alla stessa da parte dei soggetti legittimati ai sensi della normativa vigente.

2. Obiettivo della Banca dati nazionale è quello di effettuare la raccolta di copia delle disposizioni anticipate di trattamento di cui all'articolo 4 della legge n. 219 del 2017, garantirne il tempestivo aggiornamento in caso di rinnovi, modifica o revoca e di assicurare la piena accessibilità delle stesse sia da parte del medico che ha in cura il paziente, allorché per questi sussista una situazione di incapacità di auto-determinarsi, sia da parte del disponente sia da parte del fiduciario del medesimo nominato.

3. I dati contenuti nella Banca dati nazionale sono utilizzati dal Ministero della salute esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni e dei compiti amministrativi connessi alle finalità di cui all'articolo 1, commi 418 e 419, della legge n. 201 del 2017.

4. I soggetti di cui all'articolo 3, legittimati ai sensi della normativa vigente, trasmettono alla Banca dati nazionale le informazioni concernenti le DAT attenendosi alle modalità individuate nel disciplinare tecnico di cui all'articolo 10.

Art. 2
Funzioni della Banca dati

1. La Banca dati nazionale assolve alle seguenti funzioni:
- a) raccolta di copia delle disposizioni anticipate di trattamento, di cui all'articolo 4 della legge n. 219 del 2017, e dei relativi aggiornamenti;
 - b) raccolta di copia della nomina dell'eventuale fiduciario nonché dell'accettazione e della rinuncia di questi ovvero della successiva revoca da parte del disponente;
 - c) accesso ai dati di cui alle lettere a) e b) da parte del medico che ha in cura il paziente, allorché per questi sussista una situazione di incapacità di autodeterminarsi;
 - d) accesso ai dati di cui alla lettera a) e b) da parte del fiduciario, finché questi conservi tale incarico.
2. Le funzioni di cui al comma 1 sono assicurate anche in relazione ai soggetti non iscritti al Servizio sanitario nazionale.

Art. 3
Soggetti alimentanti e contenuti informativi

1. Alimentano la Banca dati nazionale, secondo le modalità individuate dal disciplinare tecnico di cui all'articolo 10:
- a) gli ufficiali di stato civile dei comuni di residenza dei disponenti, o loro delegati, nonché gli ufficiali di stato civile delle rappresentanze diplomatiche e consolari italiane all'estero;
 - b) i notai e i capi degli uffici consolari italiani all'estero, nell'esercizio delle funzioni notarili;
 - c) i responsabili delle unità organizzative competenti nelle regioni che abbiano adottato modalità di gestione della cartella clinica e del fascicolo sanitario elettronico o altre modalità di gestione informatica dei dati degli iscritti al Servizio sanitario nazionale, e che abbiano, con proprio atto, regolamentato la raccolta di copia delle DAT ai sensi dell'articolo 4, comma 7, della legge n. 219 del 2017.
2. All'atto della formazione, consegna e ricezione delle DAT i soggetti di cui al comma 1 trasmettono copia della stessa, senza indugio, alla Banca dati nazionale mediante un modulo elettronico, secondo le specifiche di cui al disciplinare tecnico di cui all'articolo 10. Il modulo contiene i seguenti elementi essenziali:
- a) dati anagrafici e di contatto del disponente;
 - b) dati anagrafici e di contatto del fiduciario, se indicato, e l'attestazione dell'accettazione della nomina, ove risultante dalla sottoscrizione delle DAT;
 - c) attestazione del consenso del disponente alla raccolta di copia della DAT presso la Banca dati nazionale ovvero indicazione dell'allocazione della stessa, ai fini della reperibilità.
3. Laddove l'accettazione della nomina del fiduciario avvenga con atto separato, la stessa, corredata di copia del documento di identità del medesimo fiduciario, è consegnata, a cura del disponente, ai soggetti di cui al comma 1, lettere a) e b), ovvero alla struttura sanitaria presso cui è stata consegnata la DAT ai sensi dell'articolo 4, comma 7, della legge n. 219 del 2017, per l'invio al soggetto di cui al comma 1, lettera c), che procederà, senza indugio, alla trasmissione alla Banca dati nazionale mediante il modulo elettronico di cui al comma 2 del presente articolo.
4. Con le modalità di cui al comma 3, il disponente provvede anche nel caso in cui lo stesso revochi, sostituisca, modifichi o integri le DAT, nonché nell'ipotesi in cui nomini il fiduciario con atto successivo o revochi l'incarico di fiduciario in precedenza conferito

ovvero nel caso in cui il fiduciario comunichi al disponente medesimo la rinuncia alla nomina, in caso di disposizioni contraddittorie, si tiene conto di quella che riporta la data di redazione più recente.

5. Dell'acquisizione nella Banca dati nazionale della documentazione di cui al presente articolo è data tempestiva comunicazione al disponente che ne abbia fatto richiesta in conformità alle specifiche di cui al disciplinare tecnico di cui all'articolo 10.

Art. 4

Accesso ai dati

1. Per le finalità di cui al presente decreto, la Banca dati nazionale, con le modalità definite nel disciplinare tecnico di cui all'articolo 10, consente la consultazione dei documenti in essa contenuti ai seguenti soggetti:

a) il medico che ha in cura il paziente ed è chiamato ad effettuare accertamenti diagnostici, attuare scelte terapeutiche o eseguire trattamenti sanitari, laddove per il disponente sussista una situazione di incapacità di autodeterminarsi;

b) il fiduciario, fino a quando conservi l'incarico;

c) il disponente.

2. All'atto dell'accesso, il medico dichiara:

a) le proprie generalità;

b) l'iscrizione all'ordine dei medici-chirurghi e degli odontoiatri;

c) le generalità del disponente, attestandone l'incapacità di autodeterminarsi;

d) di avere in cura il disponente o di avere necessità di effettuare scelte terapeutiche per lo stesso.

3. All'atto dell'accesso, il fiduciario indica:

a) le proprie generalità;

b) le generalità del disponente.

4. Nel caso in cui, al momento dell'accesso, risulti revocato l'incarico, ai fiduciari sono resi noti i soli estremi dell'atto di revoca.

Art. 5

Interoperabilità con altre banche dati

1. Il disciplinare tecnico di cui all'articolo 10 individua le modalità di interoperabilità tra la Banca dati nazionale, la Rete unitaria del notariato e quelle eventualmente istituite nelle regioni di cui all'articolo 3, comma 1, lettera c).

Art. 6

Particolari modalità di espressione delle DAT

1. Nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non consentano di redigere le DAT per atto pubblico, per scrittura privata autenticata o per scrittura privata, le DAT possono essere espresse attraverso videoregistrazione o altri dispositivi che permettano alla persona con disabilità di comunicare.

2. Le DAT, espresse ai sensi di cui al comma 1, sono trasmesse alla Banca dati nazionale con le modalità previste dal disciplinare tecnico di cui all'articolo 10.

3. Nei casi in cui si procede alla revoca con le modalità di cui all'articolo 4, comma 6, ultimo periodo, della legge n. 219 del 2017, il medico rende una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'articolo 47, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, la quale è trasmessa alla Banca dati nazionale secondo le modalità definite nel disciplinare tecnico di cui al presente articolo.

Art. 7

Trattamento dei dati e misure di riservatezza e sicurezza

1. Il Ministero della salute e' titolare del trattamento dei dati personali raccolti nella Banca dati nazionale. Il titolare effettua il trattamento dei dati personali presenti nella Banca dati nazionale, per i motivi di interesse pubblico rilevante di cui all'articolo 2-sexies, comma 2, lettere b) e c) del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, conformemente alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, anche a quelle nazionali vigenti e nel rispetto anche delle misure previste nel disciplinare tecnico di cui all'articolo 19.

2. I dati contenuti nella Banca dati nazionale possono essere diffusi dal Ministero della salute esclusivamente in forma anonima e aggregate.

3. I notai, i comuni di appartenenza degli ufficiali di stato civile, le rappresentanze diplomatiche o consolari italiane all'estero, le unita' organizzative di cui all'articolo 3, comma 1, lettera c), e le strutture sanitarie sono titolari del trattamento dei dati dagli stessi raccolti.

Art. 8

Periodo di conservazione dei dati e diritti dell'interessato

1. I dati personali presenti nella Banca dati nazionale sono cancellati trascorsi dieci anni dal decesso dell'interessato.

2. L'interessato puo' esercitare i diritti previsti dagli articoli da 13 a 18 e dall'articolo 21 del regolamento (UE) 2016/679, secondo le modalita' indicate nelle informazioni che l'interessato riceve, ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento medesimo.

Art. 9

Modalita' di monitoraggio

1. Al fine di verificare l'adeguatezza delle disposizioni del presente decreto a perseguire gli obiettivi fissati dal legislatore e a garantirne la piu' estesa attuazione, il Ministero della salute, sentito il Consiglio superiore di sanita', predispone e somministra, con frequenza biennale, agli Ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri e ad enti del Terzo settore nel cui atto costitutivo sia prevista, tra le finalita', la tutela del diritto all'auto-determinazione terapeutica un idoneo questionario, che e' valutato anche ai fini delle eventuali modifiche da apportare al presente decreto.

Art. 10

Disciplinare tecnico

1. Le indicazioni, le modalita' tecniche di trattamento dei dati e le misure tecniche di sicurezza sono contenute in un disciplinare tecnico adottato con decreto del Ministro della salute di natura non regolamentare, nel rispetto delle disposizioni dettate in materia di protezione dei dati personali dal regolamento (UE) 2016/679, dal decreto legislativo n. 196 del 2003 e dal presente decreto, e sono aggiornate, quando necessario, allo stesso modo. In sede di prima applicazione, detto disciplinare tecnico e' allegato al presente regolamento.

Art. 11

Disposizioni transitorie

1. Entro sessanta giorni dall'attivazione della Banca dati nazionale, i soggetti di cui all'articolo 3, comma 1, trasmettono al Ministero della salute, affinché venga inserito nella Banca dati, un elenco nominativo delle persone che hanno espresso dichiarazioni anticipate di trattamento antecedentemente alla realizzazione della stessa Banca dati. La Banca dati nazionale rende disponibile al medico che ha in cura il paziente e al fiduciario, che ne facciano richiesta, l'indicazione dell'esistenza della DAT e del luogo ove la stessa è conservata.

2. Entro centottanta giorni dall'attivazione della Banca dati nazionale, i soggetti di cui all'articolo 3, comma 1, trasmettono al Ministero della salute copie delle DAT dei disponenti di cui al comma 1.

Art. 12 Oneri

1. Agli oneri derivanti dal presente decreto si provvede nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 1, comma 418, della legge 27 dicembre 2017, n. 201.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Roma, 10 dicembre 2019

Il Ministro: Speranza

Visto, il Guardasigilli: Bonafede

Registrato alla Corte dei conti il 18 dicembre 2019
Ufficio controllo atti MIUR, MIBAC, Min. salute e Min. lavoro e politiche sociali, reg.ne prev. n. 3316

Allegato

al DM 10 dicembre 2019

Banca dati nazionale delle Disposizioni Anticipate di Trattamento

DISCIPLINARE TECNICO

Parte di provvedimento in formato grafico

f.4

Circolare n. 2/2020 del Ministero dell'interno
Decreto del Ministro della salute 10 dicembre 2019, n. 168,
"Regolamento concernente la banca dati nazionale destinata alla registrazione
delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT)".
Indicazioni tecnico-operative.



Ministero dell'Interno

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI INTERNI E TERRITORIALI
DIREZIONE CENTRALE PER I SERVIZI DEMOGRAFICI

Roma, data del protocollo

- AI SIGG. PREFETTI DELLA REPUBBLICA **LORO SEDI**
- AL SIG. COMMISSARIO DEL GOVERNO PER LA PROVINCIA DI **TRENTO**
- AL SIG. COMMISSARIO DEL GOVERNO PER LA PROVINCIA DI **BOLZANO**
- AL SIG. PRESIDENTE DELLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA
Servizio Affari di Prefettura **AOSTA**

e, per conoscenza:

- AL GABINETTO DEL MINISTRO **SEDE**
- ALLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento per la Trasformazione Digitale **ROMA**
- AL MINISTERO DELLA SALUTE **ROMA**
- AL MINISTERO AFFARI ESTERI E COOPERAZIONE INTERNAZIONALE
ROMA
- AL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA **ROMA**
- ALL'ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA **ROMA**
- ALL'ANCI **ROMA**
- AL COMMISSARIO DELLO STATO PER LA REGIONE SICILIANA **PALERMO**
- AL RAPPRESENTANTE DEL GOVERNO PER LA REGIONE SARDEGNA
CAGLIARI



Ministero dell'Interno

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI INTERNI E TERRITORIALI
DIREZIONE CENTRALE PER I SERVIZI DEMOGRAFICI

Circolare n. 2/2020

OGGETTO: Decreto del Ministero della Salute 10 dicembre 2019, n. 168, recante: *"Regolamento concernente la banca dati nazionale destinata alla registrazione delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT)".* Indicazioni tecnico-operative.

Il Ministero della Salute, in attuazione di quanto previsto dall' art. 1, comma 418, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, recante *"Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020"*, con il quale è stata istituita presso quel Dicastero una banca dati destinata alla registrazione delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT), ha adottato il Regolamento indicato in oggetto, pubblicato il 17 gennaio u.s. nella Gazzetta Ufficiale n. 13, che entrerà in vigore dal 1° febbraio 2020.

Il decreto del Ministero della Salute 10 dicembre 2019, n.168, stabilisce le modalità di raccolta delle copie delle Disposizioni anticipate di trattamento (DAT) nella Banca dati nazionale, istituita presso il Ministero della Salute e gestita dalla Direzione Generale competente in materia di digitalizzazione e sistemi informativi sanitari.

Lo stesso Regolamento definisce, inoltre, il funzionamento e i contenuti informativi della predetta Banca dati nonché le modalità di accesso alla stessa da parte dei soggetti legittimati ai sensi della normativa vigente.

L'art. 3, comma 1, lett. a), individua quali soggetti alimentanti *"gli ufficiali di stato civile dei comuni di residenza dei disponenti, o loro delegati, nonché gli ufficiali di stato civile delle rappresentanze diplomatiche o consolari italiane all'estero"*.

Ciò premesso, di seguito alla circolare n. 1 in data 8 febbraio 2018, con la quale, a seguito dell'entrata in vigore della legge 22 dicembre 2017, n. 219 recante *"Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"*, sono state fornite le prime indicazioni operative relative

*Il testo integrale della "Circolare n. 2/2020
del Ministero dell'interno - Decreto del Ministro della salute
10 dicembre 2019, n. 168, recante "Regolamento concernente la banca dati nazionale
destinata alla registrazione delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT)".
Indicazioni tecnico-operative" è disponibile presso <https://progettodemetra.it>*



Capitolo f **ALLEGATI:**



**Documenti del Comitato
nazionale di Bioetica**

f.A

Documento del Comitato nazionale per la bioetica 14 luglio 1995
"Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana":
Titolo e indice

SOCIETÀ E ISTITUZIONI

**QUESTIONI BIOETICHE
RELATIVE ALLA FINE
DELLA VITA UMANA**

Comitato Nazionale per la Bioetica

14 luglio 1995

**PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
DIPARTIMENTO PER L'INFORMAZIONE E L'EDITORIA**

SOMMARIO

Presentazione	5
Sintesi e raccomandazioni del CNB	7
1. Dignità della morte, dignità della vita: prospettive filosofiche	13
2. Il processo del morire: terapia intensiva e accanimento terapeutico	25
3. Le direttive anticipate di trattamento: aspetti giuridici, deontologici ed etici	37
4. La medicina palliativa nel processo del morire	43
5. Aspetti socio-culturali del problema dell'eutanasia	51
6. L'eticità di una legislazione eutanasi	57
Riferimenti bibliografici	73

*Il testo integrale del "Documento del Comitato nazionale per la bioetica
"Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana" del 14 luglio 1995"
è disponibile presso <https://progettodemetra.it>*

f.B

Documento del Comitato nazionale per la bioetica 29 gennaio 2016
"Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte"

Presidenza del Consiglio dei Ministri



**SEDAZIONE PALLIATIVA PROFONDA CONTINUA
NELL'IMMINENZA DELLA MORTE**

29 gennaio 2016

*Il testo integrale del "Documento del Comitato nazionale per la bioetica
"Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte" del 29 gennaio 2016"
è disponibile presso <https://progettometra.it>*

f.C

Documento del Comitato nazionale per la bioetica 18 luglio 2019
"Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito"

Presidenza del Consiglio dei Ministri



**RIFLESSIONI BIOETICHE SUL SUICIDIO
MEDICALMENTE ASSISTITO**

18 luglio 2019

*Il testo integrale del "Documento del Comitato nazionale per la bioetica
"Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito" del 18 luglio 2019"
è disponibile presso <https://progettodemetra.it>*

Capitolo

g

**I FARMACI OFF LABEL
E LE CURE PALLIATIVE**

g.1

Determina AIFA 22 novembre 2018 n. 128842
Inserimento nuovo elenco per uso consolidato relativo
ai farmaci per le cure palliative in pediatria,
erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale
(GU n. 281 del 3-12-2018)

DECRETI E DELIBERE DI ALTRE AUTORITÀ

AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO

DETERMINA 22 novembre 2018.

Inserimento nuovo elenco per uso consolidato relativo ai farmaci per le cure palliative in pediatría iscritto ai sensi dell'articolo 1, comma 4, del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648, erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale. (Decreto n. 12842/2018).

IL DIRIGENTE

DELL'AREA PRE-AUTORIZZAZIONE

Visti gli articoli 8 e 9 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300;

Visto l'art. 48 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 526, che istituisce l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA);

Visto il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro della funzione pubblica e il Ministro dell'economia e delle finanze 20 settembre 2004, n. 245, e successive modificazioni, recante norme sull'organizzazione ed il funzionamento AIFA;

Visti il regolamento di organizzazione, del funzionamento e dell'ordinamento del personale dell'Agenzia italiana del farmaco, adottato dal Consiglio di amministrazione con deliberazione 8 aprile 2016, n. 12;

Visto il decreto del Ministro della salute del 27 settembre 2018, registrato, ai sensi dell'art. 5, comma 2, del decreto legislativo 30 giugno 2011, n. 123, dall'Ufficio centrale del bilancio presso il Ministero della salute in data 4 ottobre 2018, al n. 1011, con cui il dott. Luca Li Bassi è stato nominato direttore generale dell'AIFA e il relativo contratto individuale di lavoro con decorrenza 17 ottobre 2018, data di effetto a assunzione delle funzioni;

Vista la determinazione direttoriale n. 1792 del 13 novembre 2018, con cui la dott.ssa Sandra Petraglia, dirigente dell'area pre-autorizzazione, è stata delegata dal direttore generale all'adozione dei provvedimenti di autorizzazione della spesa di farmaci orfani per malattie rare e di farmaci che rappresentano una speranza di cura, in attesa della commercializzazione, per particolari e gravi patologie, nei limiti della disponibilità del «Fondo del 5%», di cui all'art. 48, commi 18 e 19, lettera a) del decreto-legge n. 269/2003, convertito con modificazioni dalla legge n. 326/2003 e dei provvedimenti per l'aggiornamento dell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale, ai sensi della legge n. 648/1996;

Visto il decreto del Ministro della salute del 28 settembre 2004 che ha istituito la commissione consultiva tecnico-scientifica (CTS) dell'AIFA;

Visto il decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648, relativo alle misure per il contenimento della spesa farmaceutica e la determinazione del tetto di spesa per l'anno 1996 e, in particolare, l'art. 4, comma 4, che dispone l'erogazione a totale carico del Servizio sanitario nazionale per i medicinali innovativi la cui commercializzazione è autorizzata in altri Stati ma non sul territorio nazionale, dei medicinali non ancora autorizzati ma sottoposti a sperimentazione clinica e dei medicinali da impiegare per un'indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata;

Visto il provvedimento della Commissione unica del farmaco (CUF) del 20 luglio 2000, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 219 del 19 settembre 2000 con errata-corrige nella Gazzetta Ufficiale n. 232 del 4 ottobre 2000, concernente l'istituzione dell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale ai sensi della legge 23 dicembre 1996, n. 648;

Vista la determinazione AIFA del 29 maggio 2007, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 129 del 6 giugno 2007, che ha integrato l'elenco dei medicinali erogabili ai sensi della legge 23 dicembre 1996, n. 648, insieme con il provvedimento della CUF sopra citato, mediante l'aggiunta di una specifica sezione concernente i medicinali che possono essere utilizzati per una o più indicazioni terapeutiche diverse da quelle autorizzate, contenente la lista contenuta all'Allegato 2, relativa ai farmaci con uso consolidato sulla base dei dati della letteratura scientifica nel trattamento dei tumori pediatrici.

— 36 —



*Il testo integrale della "Determina AIFA 22 novembre 2018 n. 128842
- Inserimento nuovo elenco per uso consolidato relativo ai farmaci
per le cure palliative in pediatria istituito ai sensi dell'articolo 1, comma 4
del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito,
con modificazioni, dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648, erogabili a totale carico
del Servizio sanitario nazionale. (GU n. 281 del 3-12-2018)
è disponibile presso <https://progettodemetra.it>*

g.2

Determina AIFA 22 novembre 2018 n. 128843
Inserimento nuovo elenco per uso consolidato relativo
a farmaci per le cure palliative nell'adulto,
erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale
(GU n. 281 del 3-12-2018)

DETERMINA 22 novembre 2018

Investimento nuovo elenco per uso consolidato relativo a farmaci per le cure palliative nell'adulto istituito ai sensi dell'articolo 1, comma 4, del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648, erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale. (Determina n. 128843/2018)

II. DIRGENTE DELL'AREA PRE-AUTORIZZAZIONE

Visti gli articoli 8 e 9 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300;

Visto l'art. 48 del decreto-legge 30 settembre 2003 n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, che istituisce l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA);

Visto il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro della funzione pubblica e il Ministro dell'economia e delle finanze 20 settembre 2004, n. 245, e successive modificazioni, recante norme sull'organizzazione ed il funzionamento AIFA;

Visti il regolamento di organizzazione, del funzionamento e dell'ordinamento del personale dell'Agenzia Italiana del Farmaco, adottato dal Consiglio di amministrazione con deliberazione 8 aprile 2016, n. 12;

Visto il decreto del Ministro della salute del 27 settembre 2018, registrato, ai sensi dell'art. 5, comma 2, del decreto legislativo 30 giugno 2011 n. 123, dall'ufficio centrale del bilancio presso il Ministero della salute in data 4 ottobre 2018, al n. 1011, con cui il dott. Luca La Bassi è stato nominato direttore generale dell'AIFA e il relativo contratto individuale di lavoro con decorrenza 17 ottobre 2018, data di effettiva assunzione delle funzioni;

Vista la determinazione direttoriale n. 1792 del 13 novembre 2018, con cui la dott.ssa Sandra Petraglia, dirigente dell'area pre-autorizzazione, è stata delegata dal direttore generale all'adozione dei provvedimenti di autorizzazione della spesa di farmaci orfani per malattie rare e di farmaci che rappresentano una speranza di cura, in attesa della commercializzazione, per particolari e gravi patologie, nei limiti della disponibilità del «Fondo del 5%», di cui all'art. 48, commi 18 e 19, lettera a) del decreto-legge 209/2003, convertito con modificazioni dalla legge n. 326/2003 e dei provvedimenti per l'aggiornamento dell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi della legge n. 648/1996;

Visto il decreto del Ministro della salute del 28 settembre 2004 che ha istituito la commissione consultiva Tecnico-Scientifica (CTS) dell'AIFA;

Visto il decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648, relativo alle misure per il contenimento della spesa farmaceutica e la determinazione del tetto di spesa per l'anno 1996 e, in particolare, l'art. 1, comma 4, che dispone l'erogazione a totale carico del Servizio sanitario nazionale per i medicinali innovativi la cui commercializzazione è autorizzata in altri Stati ma non nel territorio nazionale, dei medicinali non ancora autorizzati ma sottoposti a sperimentazione clinica e dei medicinali da impiegare per un'indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata;

Visto il provvedimento della Commissione Unica del Farmaco (CUF) del 20 luglio 2000, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 219 del 18 settembre 2000 con errata-corrige nella Gazzetta Ufficiale n. 232 del 4 ottobre 2000, concernente l'istituzione dell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale ai sensi della legge 23 dicembre 1996 n. 648;

Vista la determinazione AIFA del 29 maggio 2007, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 129 del 6 giugno 2007, che ha integrato l'elenco dei medicinali erogabili ai sensi della legge 23 dicembre 1996 n. 648, insieme con il provvedimento della CUF sopra citato, mediante l'aggiunta di una specifica sezione concernente i medicinali che possono essere utilizzati per una o più indicazioni terapeutiche diverse da quelle autorizzate, concernente le liste contenenti gli allegati 1, 2 e 3, relative rispettivamente ai farmaci con uso consolidato sulla base dei dati della letteratura scientifica nel trattamento dei tumori solidi nell'adulto, nel trattamento dei tumori polmonici e nel trattamento delle neoplasie ematologiche;

Vista la determinazione AIFA 16 ottobre 2007, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 254 del 31 ottobre 2007, che ha integrato la suddetta sezione con le liste contenenti gli allegati 4 e 5, relative rispettivamente ai farmaci con uso consolidato nel trattamento di patologie reumatologiche e nel trattamento correlato ai trapianti;



*Il testo integrale della "Determina AIFA 22 novembre 2018 n. 128843
- Inserimento nuovo elenco per uso consolidato relativo a farmaci
per le cure palliative nell'adulto istituito ai sensi dell'articolo 1, comma 4
del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito, con modificazioni,
dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648, erogabili a totale carico
del Servizio sanitario nazionale. (GU n. 281 del 3-12-2018)"
è disponibile presso <https://progettodemetra.it>*

Capitolo

h

**GLI STANDARD ED
I FLUSSI INFORMATIVI**



h.I



**Gli standard relativi
alle cure palliative**

h.I.1

Decreto ministeriale 22 febbraio 2007, n. 43
Regolamento recante “Definizione degli standard relativi all’assistenza
ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell’articolo 1,
comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311”
(GU n. 81 del 6-4-2007)

DECRETO 22 febbraio 2007, n.43

DIPARTIMENTO DELLA QUALITA'

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI
ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA

**REGOLAMENTO RECANTE: "DEFINIZIONE DEGLI STANDARD RELATIVI
ALL'ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI IN TRATTAMENTO PALLIATIVO IN
ATTUAZIONE DELL'ARTICOLO 1, COMMA 169 DELLA LEGGE 30 DICEMBRE 2004,
n. 311"**

IL MINISTRO DELLA SALUTE

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E FINANZE

VISTO il decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, convertito con modificazioni dalla legge 26 febbraio 1999 n. 39, ed in particolare l'articolo 1, che ha previsto l'adozione di un programma su base nazionale per la realizzazione, in ciascuna regione e provincia autonoma, in coerenza con gli obiettivi del Piano sanitario nazionale, di una o più strutture, ubicate nel territorio in modo da consentire un'agevole accessibilità da parte dei pazienti e delle loro famiglie, dedicate all'assistenza palliativa e di supporto prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di cure finalizzate ad assicurare una migliore qualità della loro vita e di quella dei loro familiari;

VISTO il decreto del Ministro della salute del 28 settembre 1999, con il quale è stato adottato il "Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative" per la realizzazione in ciascuna regione o provincia autonoma di una o più strutture sul territorio dedicate all'assistenza palliativa;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2000 di approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento recante i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative, nonché le modalità di verifica dei risultati dell'attività svolta presso le strutture dedicate all'erogazione di cure palliative e di supporto, prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale e che necessitano di cure finalizzate ad assicurare ad essi e ai loro familiari una migliore qualità di vita;

VISTO l'accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 19 aprile 2001 che ha approvato il documento di "Linee - guida sulla realizzazione delle attività assistenziali concernenti le cure palliative";

VISTO il decreto del Ministro della salute del 5 settembre 2001 recante: "Ripartizione dei finanziamenti per gli anni 2000, 2001, 2002 per la realizzazione di strutture per le cure palliative", ed in particolare l'articolo 2, comma 1, che prevede la verifica dell'attuazione del programma di cure palliative sulla base di specifici indicatori, da parte del Ministero della salute d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modifiche e integrazioni, che definisce i Livelli essenziali di assistenza sanitaria garantiti dal Servizio sanitario nazionale, tra cui l'assistenza domiciliare sanitaria e socio-sanitaria ai pazienti terminali, l'assistenza territoriale residenziale e semi residenziale nei centri residenziali di cure palliative a favore dei pazienti terminali, i trattamenti erogati nel corso del ricovero ospedaliero (quindi anche per pazienti terminali) e gli interventi ospedalieri a domicilio;

VISTO l'accordo sancito tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nella seduta della Conferenza Stato Regioni del 31 gennaio 2002 sulle modalità di erogazione dei fondi relativi al "Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative di cui all'articolo 1 del decreto-legge 28 dicembre 1998, n.450, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 1999, n. 39;

VISTO l'accordo sancito tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 19 dicembre 2002 sulla semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità", ivi comprese quelle riferite al Programma nazionale per la realizzazione di strutture dedicate alle cure palliative;

VISTO l'accordo sancito tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nella seduta della Conferenza Stato Regioni del 13 marzo 2003, con il quale sono stati definiti gli indicatori per la verifica dei risultati ottenuti dalla Rete di assistenza ai pazienti terminali e per la valutazione delle prestazioni erogate;

VISTO il parere reso dal Consiglio Superiore di sanità nelle sedute del 27 novembre e del 16 dicembre 2003 con il quale, nell'intento di fornire punti di riferimento per una ottimale valutazione dei risultati ottenuti, sono stati indicati i valori-soglia dei più significativi indicatori inclusi nell'elenco che forma oggetto del citato Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 13 marzo 2003;

VISTO l'articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che per garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2005-2007 il livello complessivo della spesa del Servizio sanitario nazionale, al cui finanziamento concorre lo Stato, è determinato in 88.195 milioni di euro per l'anno 2005, 89.960 milioni di euro per l'anno 2006 e 91.759 milioni di euro per l'anno 2007, ivi incluso, per ciascuno degli anni indicati, l'ulteriore finanziamento di 50 milioni di euro a carico dello Stato per l'ospedale «Bambino Gesù»;

VISTO l'articolo 1 dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano il 23 marzo 2005, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

VISTO l'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che, al fine di garantire che l'obiettivo del raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario da parte delle regioni sia conseguito nel rispetto della garanzia della tutela della salute, ferma restando la

disciplina dettata dall'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, per le prestazioni già definite dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, e successive modificazioni, anche al fine di garantire che le modalità di erogazione delle stesse siano uniformi sul territorio nazionale, coerentemente con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale, con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, dal Ministro della salute, che si avvale della commissione di cui all'articolo 4-bis, comma 10, del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

VISTA la sentenza della Corte Costituzionale n. 134 del 2006 che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella parte in cui prevede che il regolamento del Ministro della salute ivi contemplato, con cui sono fissati gli standard e sono individuate le tipologie di assistenza e i servizi, sia adottato "sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano", anziché "previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano";

RITENUTO necessario, per le finalità sopra individuate anche al fine di una corretta garanzia della tutela della salute di cui all'articolo 32 della Costituzione, procedere alla definizione, in modo uniforme sul territorio nazionale, degli standard qualitativi, strutturali e quantitativi delle strutture dedicate alle cure palliative e della Rete di assistenza ai pazienti terminali;

VISTO l'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400 e successive modificazioni;

DATO ATTO che, per l'individuazione degli standard, il Ministero della salute si è avvalso della Commissione di cui all'articolo 4-bis, comma 10, del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, che ha fornito il proprio contributo nelle sedute del 30 giugno e del 21 luglio 2005;

ACQUISITA l'intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 20 aprile 2006;

UDITO il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 10 novembre 2006;

RITENUTO di non poter recepire l'osservazione del Consiglio di Stato circa la formulazione dell'articolo 1, comma 4, in quanto l'adozione della suddetta formulazione è stata posta come condizione per l'espressione dell'intesa da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano;

VISTA la nota di comunicazione al Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3898 del 27 novembre 2006, a norma dell'articolo 17, comma 3, della citata legge 23 agosto 1988, n. 400

ADOPTA il seguente regolamento

Art. 1

(Standard qualitativi, quantitativi e strutturali)

1. Gli standard qualitativi e quantitativi delle strutture dedicate alle cure palliative e della Rete di assistenza ai pazienti terminali sono individuati nell'Allegato 1. La descrizione e la modalità di calcolo degli indicatori sono riportate nell'Allegato 2. Gli Allegati costituiscono parte integrante del presente Regolamento.

2. Le regioni garantiscono:

- a) l'informazione ai cittadini ed agli operatori sulla istituzione della Rete di assistenza palliativa, sulla localizzazione dei servizi e delle strutture, sull'assistenza erogata dalla Rete e sulle modalità di accesso secondo quanto previsto dall'art. 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;
- b) l'utilizzo sistematico e continuativo, da parte della Rete di assistenza palliativa, di strumenti di valutazione della qualità percepita dai malati e dalle loro famiglie, secondo quanto previsto nel punto 2.2 della "Carta dei servizi pubblici sanitari" di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 maggio 1995.

3. Per quanto attiene agli standard strutturali si applica il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 20 gennaio 2000, integrato dalle norme regionali in vigore.

4. Le Regioni si attivano al fine di garantire il progressivo adeguamento agli standard di cui al presente decreto nel corso del triennio 2006-2008, in coerenza con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale, nell'ambito della propria autonomia organizzativa nell'erogazione delle prestazioni incluse nei Livelli essenziali di assistenza sanitaria di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modifiche e integrazioni.

Art. 2

(Regioni a statuto speciale e Province autonome)

1. Le Regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano applicano il presente decreto compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione.

Il presente regolamento, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica Italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Roma, 22 febbraio 2007

**IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE**
Padoa Schioppa

IL MINISTRO DELLA SALUTE
Turco

Visto, il Quarantagili: Merella

Registrato alla Corte dei conti il 22 marzo 2007

Ufficio di controllo preventivo sui Ministeri dei servizi alla persona e dei beni culturali: registro n. 1, foglio n. 305

ALLEGATO I

STANDARD QUANTITATIVI E QUALITATIVI

Indicatori	Standard
01. Numero di malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 Cod. 140-208) assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio e/o in hospice / n. di malati deceduti per malattia oncologica.	$\geq 65\%$
02. Numero di posti letto in hospice.	\geq 1 posto letto ogni 56 deceduti a causa di tumore.
03. Numero di hospice in possesso dei requisiti di cui al d.P.C.M. 20 gennaio 2000 e degli eventuali specifici requisiti fissati a livello regionale / numero totale di hospice.	100%
04. Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (ISTAT ICD9 Cod.140-208)	\geq Valore individuato per lo standard dell'indicatore n. 1 cui va sottratto il 20%. Il risultato va moltiplicato per 55 (espresso in giorni)
05. Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e la presa in carico domiciliare da parte della Rete di cure palliative è inferiore o uguale a 3 giorni / numero di malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa.	$\geq 80\%$
06. Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in hospice è inferiore o uguale a 3 giorni / numero di malati ricoverati e con assistenza conclusa.	$\geq 40\%$
07. Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è inferiore o uguale a 7 giorni / numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica.	$\leq 20\%$
08. Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è superiore o uguale a 30 giorni / numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica.	$\leq 25\%$

ALLEGATO 2

DESCRIZIONE DEGLI INDICATORI

Si descrivono, di seguito, gli indicatori riportati nell'Allegato 1, le modalità di calcolo ed i valori standard individuati per ciascun indicatore, con alcune avvertenze di carattere generale:

- Gli standard nn. 1, 2, 3, 4, 5 e 6 riportati nell'Allegato 1 sono da intendersi come requisiti minimi (ovvero come valori minimi accettabili) delle attività delle strutture dedicate alle cure palliative e della Rete di assistenza ai pazienti terminali in età adulta e pediatrica. Gli standard nn. 7 e 8 esprimono il valore massimo accettabile.
- Gli standard indicati nell'Allegato 1 sono stati definiti con esclusivo riferimento ai malati oncologici in quanto, attualmente, solo in questo settore è disponibile un solido riferimento esperienziale e di letteratura. Si ricorda, tuttavia, anche con riferimento al d.m. 28 settembre 1999 e all'Accordo Stato-Regioni 19/4/2001, che le cure palliative sono rivolte ai malati inguaribili in fase avanzata e terminale indipendentemente dalla patologia di base (malati cardiologici, neurologici, pneumologici, metabolici, ecc.).
- Il numero di malati deceduti per malattia oncologica è sempre calcolato sulla media dei deceduti per malattia oncologica rilevati nel triennio precedente alla rilevazione in ciascuna Regione.

INDICATORI E STANDARD

01. Numero di malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 Cod. 140-208) assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio e/o in hospice / numero di deceduti per malattia oncologica: $\geq 65\%$

Descrizione e significato

Rapporto tra il numero di malati oncologici deceduti, assistiti dalla Rete di cure palliative al domicilio e/o in hospice, e il numero totale di deceduti per malattia oncologica. L'obiettivo dello standard è quello di incrementare il numero di malati terminali affetti da tumore assistiti dalla Rete. Lo standard è stato definito con esclusivo riferimento ai malati oncologici, sulla base delle esperienze italiane più consolidate e dei dati della letteratura internazionale, pur nella consapevolezza che l'utenza potenziale di cure palliative, secondo quanto indicato dalle normative nazionali, dovrebbe tener conto anche dell'utenza affetta da malattie inguaribili non oncologiche in fase terminale. Lo standard è stato calcolato considerando che l'Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2001 indica un'utenza potenziale per l'inserimento in un programma di cure palliative oncologiche pari al 90% dei deceduti per malattia oncologica, con riferimento ai dati regionali. Per questo motivo è stato fissato il valore soglia pari al 72% dell'utenza potenziale, corrispondente al 65% dei deceduti ogni anno a causa di tumore, in base ai dati ISTAT ICD9 Cod. 140-208.

Esempio: Regione con tasso di mortalità per tumore di 300 morti per cancro ogni anno e ASL con 100.000 residenti.

Utenza potenziale = 270 casi.

72% dell'utenza potenziale = 195 casi = 65% dei deceduti per cancro

Considerata la variabilità epidemiologica sul territorio nazionale, questo indicatore va calcolato con riferimento ai dati regionali.

Nota

Lo standard è comprensivo della popolazione pediatrica (0-14 anni), per la quale è necessario procedere a una misura specifica, tenendo presente che l'incidenza nazionale di decessi per tumore è pari a 0,8 ogni 100.000 residenti (Le cure palliative pediatriche oncologiche rappresentano 1/3 del bisogno totale di cure palliative in ambito pediatrico).

Livello di applicazione

Indicatore di interesse dell'Azienda sanitaria locale e della Regione.

02. Numero posti letto in hospice: ≥ 1 ogni 56 deceduti a causa di tumore (1,8%)

Descrizione e significato

Dotazione di posti letto per la degenza presso strutture specificamente dedicate ai malati terminali, in rapporto ai deceduti a causa di tumore.

L'obiettivo dello standard è quello di incrementare la realizzazione di posti letto.

Nota

Il valore soglia è in linea con i programmi regionali finanziati in base alla legge 39/1999 e ai successivi d.m. 28 marzo 2001, d.m. 4 maggio 2001, d.m. 5 settembre 2001, d.m. 6 dicembre 2001, con il numero di posti letto hospice realizzati ed accreditati nelle Regioni, anche indipendentemente dai finanziamenti della legge 39/1999 e con le esperienze programmatiche ed esperienziali del Regno Unito (U.K.), Stato europeo con la maggiore tradizione in cure palliative.

Il numero di posti letto è rapportato al numero di deceduti a causa di tumore con riferimento alla mortalità regionale (media del triennio precedente l'anno di rilevazione).

Livello di applicazione

Indicatore di interesse regionale.

03. Numero di hospice in possesso dei requisiti di cui al d.P.C.M. 20 gennaio 2000 e degli eventuali specifici requisiti fissati a livello regionale / numero totale di hospice: = 100%

Descrizione e significato

Presenza dei requisiti fissati dal d.P.C.M. 20 gennaio 2000 e dalla specifica normativa regionale di settore in tutte le strutture residenziali per malati terminali. L'obiettivo dello standard è quello di garantire che tutte le strutture siano in possesso dei requisiti previsti.

Livello di applicazione

Indicatore di interesse regionale.

04. Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (ISTAT ICD9 Cod. 140-208): ≥ 55 giorni x (valore standard n. 01 - 20%)

Descrizione e significato

L'indicatore esprime il numero di giornate di assistenza erogate al domicilio da parte dell'equipe di cure palliative domiciliari operante nelle ASL. L'obiettivo dello standard è quello di assicurare un'adeguata presenza dell'equipe al domicilio dell'assistito.

Per definire lo standard si considera il valore soglia dell'indicatore n.1 (65% del numero di morti per cancro) cui va sottratto il 20% assistito in hospice (secondo gli indici programmatici di cui alle

Linee Guida Conferenza Unificata 2001- G.U. 14.05.2001). Il risultato viene moltiplicato per 55 gg, che rappresentano un valore medio di durata delle cure palliative domiciliari, ritenuto congruo sulla base delle esperienze pluriennali regionali in atto. Nel periodo di assistenza domiciliare i dati di letteratura indicano appropriato un Coefficiente di Intensità Assistenziale ≥ 50 [il coefficiente di intensità assistenziale (CIA) è il rapporto tra giornate "effettive di assistenza o assistenza domiciliare attiva" (n. di giorni con almeno un accesso domiciliare) e la durata del piano di cura domiciliare (n. di giorni di assistenza fra presa in carico e decesso/dimissione)].

Esempio: ASL con 100.000 residenti e tasso di mortalità per cancro di 300 morti ogni anno.
[195 (65% dei morti per cancro) - 39 (20%)] x 55 = 8.580 giornate di assistenza

Livello di applicazione

Indicatore di interesse dell'Azienda sanitaria locale e della Regione.

05. Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e l'inizio della presa in carico domiciliare da parte della Rete è inferiore o uguale ai 3 giorni / numero dei malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa: $\geq 80\%$.

Descrizione e significato

Percentuale dei malati presi in carico a domicilio da parte della Rete per le cure palliative entro 3 giorni dalla segnalazione. S'intende per presa in carico del malato la data di primo accesso domiciliare da parte di un sanitario dell'équipe di cure palliative. S'intende per data di segnalazione del caso la data di ricevimento da parte della Rete della proposta di attivazione di un programma di cure domiciliari. In caso di dimissione dall'ospedale, per data di segnalazione s'intende la data di dimissione dall'ospedale. L'obiettivo dello standard è quello di garantire la massima tempestività dell'intervento degli operatori della Rete al domicilio dell'assistito, considerato che l'avvio tempestivo della palliazione è fondamentale in una condizione di terminalità.

Livello di applicazione

Indicatore di interesse dell'Azienda sanitaria locale e della Regione.

06. Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in hospice da parte della Rete è inferiore o uguale a 3 giorni / numero di malati ricoverati e con assistenza conclusa: $\geq 40\%$.

Descrizione e significato

Percentuale di malati ricoverati in hospice da parte della Rete per le cure palliative entro 3 giorni dalla segnalazione. L'indicatore esprime la tempestività nell'accesso al ricovero in hospice. S'intende per data di segnalazione del caso la data di ricevimento da parte della Rete della proposta di ricovero in hospice. In caso di dimissione dall'ospedale, per data di segnalazione s'intende la data di dimissione dall'ospedale. L'obiettivo dello standard è quello di garantire la massima tempestività del ricovero.

Livello di applicazione

Indicatore di interesse dell'Azienda sanitaria locale e della Regione

07. Numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero è inferiore o uguale a 7 giorni / numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica: $\leq 20\%$..

08. Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è superiore o uguale a 30 giorni / numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica: $\leq 25\%$..

Descrizione e significato

Attraverso il calcolo degli indicatori si ricava la percentuale dei ricoveri in hospice di durata ritenuta congrua rispetto alle finalità e alle funzioni dell'hospice per il malato oncologico. L'obiettivo degli standard è quello di ridurre il numero dei ricoveri di durata inferiore a 7 giorni e di quelli di durata superiore a 30 giorni

Livello di applicazione

Indicatore di interesse dell'Azienda sanitaria locale e della Regione.



h.II



I flussi informativi di riferimento

h.II.A

Il flusso per il monitoraggio
dell'assistenza domiciliare (Flusso SIAD)



h.II.A.1

Decreto ministeriale 17 dicembre 2008
Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio
dell'assistenza domiciliare (Flusso SIAD)
(GU n. 6 del 9-1-2009)

MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI

DECRETO 17 dicembre 2008

Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare.

**IL MINISTRO DEL LAVORO, DELLA SALUTE
E DELLE POLITICHE SOCIALI**

Visto l'art. 1, comma 6, del decreto-legge 16 maggio 2008, n. 85, convertito, con modificazioni, nella legge 14 luglio 2008, n. 121, che trasferisce le funzioni del Ministero della salute con le inerenti risorse finanziarie, strumentali e di personale, al Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali;

Visto il decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 15 luglio 2008, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 180 del 2 agosto 2008, concernente «Delega di attribuzioni del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, al Sottosegretario di Stato prof. Ferruccio Fazio, per taluni atti di competenza dell'Amministrazione»;

Visto il decreto legislativo n. 502, del 30 dicembre 1992, e successive modifiche e integrazioni, che, all'art. 3-septies, comma 2, definisce le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria;

Vista la legge n. 419 del 30 novembre 1998, art. 2, comma 1, lettera n), che prevede l'emanazione di un atto di indirizzo e coordinamento al fine di assicurare livelli uniformi delle prestazioni socio-sanitarie di alta integrazione sanitaria;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio 2001, in attuazione dell'art. 2 della legge del 30 novembre 1998, n. 419, che, all'art. 4, prevede che:

per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie necessarie a soddisfare le necessita' assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi e' organizzata di norma attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti;

la Regione emana indirizzi e protocolli volti ad omogeneizzare a livello territoriale i criteri della valutazione multidisciplinare e l'articolazione del piano di lavoro personalizzato vigilando sulla loro corretta applicazione al fine di assicurare comportamenti uniformi ed omogenei a livello territoriale;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza,

*Il testo integrale del "Decreto ministeriale 17 dicembre 2008
Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio
dell'assistenza domiciliare (GU n. 6 del 9-1-2009) "*
è disponibile presso <https://progettodemetra.it>

h.II.A.2

Decreto ministeriale 6 agosto 2012
Modifiche al decreto 17 dicembre 2008, recante
istituzione del sistema informativo per il monitoraggio
dell'assistenza domiciliare (Modifica Flusso SIAD)
(GU n. 197 del 24-8-2012)

DMC/8830/6 agosto 2012.

Modifiche al decreto 17 dicembre 2008, recante «Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare».

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, recante «Disciplina della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421»;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 «Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie in attuazione dell'art. 2 della legge 30 novembre 1998, n. 479», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 129 del 6 giugno 2001, che, all'art. 4, prevede che:

per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti;

la regione emana indirizzi e protocolli volti ad omogeneizzare a livello territoriale i criteri della valutazione multidisciplinare e l'attuazione del piano di lavoro personalizzato vigilando sulla loro corretta applicazione al fine di assicurare comportamenti uniformi ed omogenei a livello territoriale;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 8 febbraio 2002, n. 33, supplemento ordinario, recante «Definizione dei livelli essenziali di assistenza, che individua l'assistenza territoriale domiciliare tra le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal Servizio sanitario nazionale in quanto ricompresa nel livello di assistenza distrettuale»;

Vista l'Accordo-quadro tra il Ministero della sanità, le regioni e le province autonome, sancito dalla Conferenza permanente tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 22 febbraio 2001 (rep. atti n. 1178) relativo al piano di azione coordinato per lo sviluppo del Nuovo sistema informativo sanitario nazionale (NSIS), che all'art. 6 stabilisce che le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo delle fasi di attuazione del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), debbano essere esercitate congiuntamente attraverso un organismo denominato «Cabina di regia»;

Visto il decreto del Ministro della salute del 14 giugno 2002, con il quale è stata istituita la cabina di regia per lo sviluppo del Nuovo sistema informativo sanitario nazionale (NSIS);

Vista l'intesa sancita dalla Conferenza permanente tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 25 marzo 2005 (rep. atti n. 2271), in attuazione dell'art. 1, commi 173 e 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, 5, la quale dispone all'art. 3 che:

la definizione ed il continuo adeguamento nel tempo dei contenuti informativi e delle modalità di implementazione del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), come indicato al comma 5, sono affidati alla cabina di regia e vengono recepiti dal Ministero della salute con propri de-

creti attuativi, compresi i flussi informativi finalizzati alla verifica degli standard qualitativi e quantitativi dei livelli essenziali di assistenza;

il trasferimento dei dati al Sistema informativo sanitario, come indicato al comma 6, è ricompreso tra gli adempimenti cui sono tenute le regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato di cui all'art. 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

Vista l'intesa sancita dalla Conferenza permanente tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 3 dicembre 2009 (rep. atti n. 243) sul Nuovo patto per la salute 2010-2012 che:

all'art. 4, ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale, stabilisce che costituiranno adempimento regionale gli adempimenti derivanti dalla legislazione vigente e quelli derivanti dagli accordi e dalle intese intervenute tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

all'art. 17 sul Nuovo sistema informativo sanitario dispone una proroga dei compiti e della composizione della cabina di regia del NSIS fino alla stipula del nuovo accordo di riadeguamento della composizione e delle modalità di funzionamento della stessa;

Considerato che il Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) ha la finalità di supportare il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza, attraverso gli obiettivi strategici approvati dalla cabina di regia nella seduta dell'11 settembre 2002;

Vista l'intesa sancita dalla Conferenza permanente tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 10 dicembre 2003 (rep. atti n. 1895), la quale dispone l'avvio del progetto «Mattioli del Servizio sanitario nazionale» con l'obiettivo di individuare le metodologie e i contenuti informativi necessari al pieno sviluppo del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS);

Visto il parere positivo espresso, in data 30 maggio 2007, dalla cabina di regia per il Nuovo sistema informativo sanitario sul documento «Assistenza primaria e prestazioni domiciliari - Relazione finale», conclusivo delle attività condotte dal Mattioli 13 «Assistenza primaria e prestazioni domiciliari» nell'ambito del programma «Mattioli del Servizio sanitario nazionale»;

Visto il parere positivo espresso, in data 18 ottobre 2006, dalla Commissione di cui all'art. 4 bis, comma 10, del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 65, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, sul documento «Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio»;

Visto il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante «Codice in materia di protezione dei dati personali», e successive modificazioni;

Visto il decreto del Ministro della salute 12 dicembre 2007, n. 277, recante «Regolamento di attuazione dell'art. 20, commi 2 e 3, dell'art. 25 e dell'art. 181, comma 1, lettera «a» del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante «Codice in materia di protezione dei dati personali», con il quale si individuano i trattamenti dei dati sensibili e giudiziari effettuati dal Ministero della salute;

Visto, in particolare, l'allegato C-01 del citato decreto del Ministro della salute n. 277 del 2007, che prevede il trattamento di dati sensibili per finalità di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria, ai sensi dell'art. 85, comma 1, lettera «b», del citato



Codice in materia di protezione dei dati personali, senza elementi identificativi diretti.

Visti i regolamenti per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari adottati dalle regioni e province autonome in conformità allo schema tipo di regolamento volto a disciplinare i trattamenti dei dati sensibili e giudiziari effettuati dalle regioni e province autonome, ai sensi degli articoli 20 e 21 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, approvato dall'Autorità garante per la protezione dei dati personali in data 13 aprile 2006;

Rilevato, in particolare, che la scheda 12 del suddetto schema tipo di regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari effettuati dalle regioni e province autonome, prevede che i dati provenienti dalle aziende sanitarie locali sono privati degli elementi identificativi diretti subito dopo la loro acquisizione da parte della regione o provincia autonoma; che, ai fini della verifica della non duplicazione delle informazioni e della eventuale interconnessione con altre banche dati sanitarie della regione, la specifica struttura tecnica individuata dalla regione, alla quale viene esplicitamente affidata la funzione collaudata, prevede ad assegnare ad ogni soggetto un codice univoco che non consente la identificazione dell'interessato durante il trattamento dei dati; che, qualora le regioni e le province autonome non dispongano di sistemi di codifica, coerenti con quanto stabilito nello schema tipo di regolamento, i dati saranno inseriti in forma anonima.

Considerato che, tra gli obiettivi strategici del Nuovo sistema informativo sanitario (NIS) una delle componenti fondamentali è rappresentata dal «Sistema di integrazione delle informazioni sanitarie individuali», nell'ambito del quale è ricompreso il monitoraggio dell'assistenza domiciliare;

Visto il decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 17 dicembre 2008, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 6 del 9 gennaio 2009, recante «Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare»;

Vista la relazione annuale 2009 dell'Autorità garante per la protezione dei dati personali, ai sensi dell'art. 154, comma 1, lettera aa), del citato decreto legislativo n. 196 del 2003, che nel capitolo I «Stato di attuazione del Codice in materia di protezione dei dati personali» ha evidenziato la mancata consultazione dell'Autorità medesima in merito al decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 17 dicembre 2008, recante «Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare»;

Considerato che, a seguito di quanto evidenziato nella citata relazione annuale 2009 dell'Autorità garante per la protezione dei dati personali, il Ministero della salute ha ritenuto opportuno svolgere una serie di incontri con l'Ufficio del Garante, nel corso dei quali sono state formulate osservazioni da parte del predetto Ufficio in merito al decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 17 dicembre 2008, recante «Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare» e al relativo disciplinare tecnico allegato 1 parte integrante del medesimo decreto.

Tenuto conto che le osservazioni formulate nel corso dei predetti incontri da parte dell'Ufficio del Garante hanno reso necessario procedere alla modifica del citato decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 17 dicembre 2008, recante «Istituzione

del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare» e del disciplinare tecnico allegato 1 parte integrante del medesimo decreto;

Considerato che in data 8 marzo 2012 il Ministero della salute ha trasmesso all'Autorità garante per la protezione dei dati personali, ai fini dell'adozione del parere finale, il presente decreto ed il relativo disciplinare tecnico allegato A, parte integrante del medesimo decreto;

Acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali, reso in data 29 marzo 2012, ai sensi dell'art. 154, comma 4, del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, con il quale sono state formulate ulteriori osservazioni e raccomandazioni, che sono state integralmente recepite;

Acquisito il parere della cabina di regia del Nuovo sistema informativo sanitario in data 12 aprile 2012;

Visto il decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, recante «Codice dell'amministrazione digitale», come modificato dal decreto legislativo 30 dicembre 2010, n. 235;

Visto il parere favorevole della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'art. 2, comma 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nella seduta del 25 luglio 2012 (rep. atti n. 161/CSR);

Decreto

Art. 1.

Modifiche al decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 17 dicembre 2008, recante «Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare» e al relativo disciplinare tecnico allegato 1 parte integrante del medesimo decreto.

1. Al decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 17 dicembre 2008, recante «Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare» e al relativo disciplinare tecnico allegato 1 parte integrante del medesimo decreto, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'art. 2 dopo il comma 2 è inserito il seguente:

«2-bis. Al fine di consentire il monitoraggio delle prestazioni di assistenza domiciliare nonché consentire il monitoraggio dei livelli economici e uniformi di assistenza nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriata riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse, ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, il Sistema di cui al presente decreto è volto a consentire le analisi aggregate utili per il calcolo di indicatori, anche ai fini della verifica di essi all'art. 3 dell'istesa legge dalle Conferenze permanenti per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 25 marzo 2005. Per le predette finalità è consentita l'interconnessione dei sistemi informativi presenti nel Nuovo sistema informativo sanitario attraverso il codice univoco dell'assistito previsto dalla scheda 12 dello schema tipo di regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari effettuati dalle regioni e province autonome, approvato



dall'Autorità Garante per la protezione di dati personali in data 13 aprile 2006, con le modalità di cui all'art. 8».

h) all'art. 2, comma 3, dopo le parole «disciplinare tecnico» sono aggiunte le seguenti: «allegato 1 parte integrante del presente decreto».

i) all'art. 3 il primo capoverso del comma 1 è sostituito dal seguente: «Il flusso informativo, dettagliato nel disciplinare tecnico, fa riferimento alle informazioni relative all'erogatore e ai seguenti dati personali riferiti all'assistito non direttamente identificativi ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196»;

o) all'art. 3, comma 1 le parole «animeristiche anagrafiche dell'assistito» sono sostituite, ovunque ricorrano, con le parole «animeristiche dell'assistito»;

e) l'art. 4 è sostituito dal seguente:

«Art. 4 (Accesso ai dati). — 1. Al fine di consentire il monitoraggio delle prestazioni in assistenza domiciliare, il Sistema è predisposto per permettere:

a) alle unità organizzative delle regioni e province autonome competenti, come individuate da provvedimenti regionali e provinciali, di consultare le informazioni rese disponibili dal Sistema in forma aggregata al fine di effettuare analisi comparative in materia di assistenza sanitaria domiciliare, sulla base degli indicatori calcolati ai sensi dell'art. 2, comma 2-bis;

b) alle competenti unità organizzative della Direzione generale della programmazione sanitaria e della Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario del Ministero, come individuate dal decreto ministeriale di organizzazione, di consultare le informazioni rese disponibili dal Sistema in forma aggregata»;

f) all'art. 5, il comma 2 è sostituito dal seguente:

«2. A partire dal 1° agosto 2012 le informazioni devono essere rinviate al verificarsi degli eventi di cui all'art. 3, comma 3 e trasmesse al NSIS, con cadenza trimestrale entro quarantacinque giorni successivi al periodo di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi»;

g) all'art. 5, il comma 3 è sostituito dal seguente:

«3. Le trasmissioni al Sistema devono avvenire secondo le modalità indicate nel disciplinare tecnico e secondo le specifiche tecniche disponibili sul sito internet del Ministero (www.mis.salute.gov.it)»;

h) all'art. 5, dopo il comma 3, come sostituito dal presente decreto, sono inseriti i seguenti:

«3-bis. La trasmissione telematica dei dati, secondo le procedure descritte nel disciplinare tecnico allegato avviene in conformità alle relative regole tecniche del Sistema pubblico di connettività (SPC) previsto e disciplinate dagli articoli 72 e seguenti del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e successive modificazioni, concernente il codice dell'amministrazione digitale. In particolare si utilizzerà un protocollo sicuro e si farà ricorso all'autenticazione bilaterale fra sistemi basata su certificati digitali emessi da un'autorità di certificazione ufficiale.

3-ter. Ai fini della cooperazione applicativa, le regioni e le province autonome e il Ministero garantiscono la conformità delle infrastrutture alle regole dettate dal Sistema pubblico di connettività (SPC)»;

i) all'art. 5, comma 4 le parole «eventuali variazioni riguardanti le modalità di comunicazione e aggiornamento di cui ai commi precedenti, saranno pubblicate sul sito internet del Ministero (www.mis.ministerosalute.it)»

sono sostituite dalle seguenti: «eventuali variazioni riguardanti le specifiche tecniche di cui al comma 3, saranno pubblicate, a seguito di consultazione nell'ambito della tabella di regia del Nuovo sistema informativo sanitario, sul sito internet del Ministero (www.mis.salute.gov.it)»;

l) all'art. 6, dopo il comma 5 è inserito il seguente:

«5-bis. Per le regioni e le province autonome che non dispongono di servizi di cooperazione applicativa conformi alle regole dettate dal Sistema pubblico di connettività (SPC), nelle more dell'adeguamento dei sistemi regionali, è possibile il conferimento dei dati secondo le modalità alternative descritte nel disciplinare tecnico allegato 1 parte integrante del presente decreto»;

m) all'art. 8, i commi 2, 3, 4 e 5 sono sostituiti dai seguenti:

«2. Nel Sistema sono raccolti e trattati solo i dati indispensabili per il perseguimento delle finalità del presente decreto, con modalità e logiche di organizzazione ed elaborazione delle informazioni dette esclusivamente a fornire una rappresentazione aggregata dei dati. L'accesso degli incaricati del trattamento ai dati registrati sul Sistema avviene attraverso chiavi di ricerca che non consentono, anche mediante operazioni di attraversamento e filtraggio, la consultazione, la selezione o l'estrazione di informazioni riferite a singoli individui o di elenchi di codici identificativi. Le funzioni applicative del Sistema non consentono la consultazione o l'analisi di informazioni che rendano identificabile l'interessato, ai sensi dei codici di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali per scopi statistici o scientifici di cui agli allegati A3 e A4 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

3. Il codice univoco è assegnato a ciascun soggetto, in applicazione di quanto previsto dalla scheda 12 dello schema tipo di regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari elaborati dalle regioni e province autonome, approvato dall'Autorità Garante per la protezione di dati personali in data 13 aprile 2006. Qualora le regioni e le province autonome non dispongano di sistemi di codifica, coerenti con quanto stabilito con lo schema tipo di regolamento, i dati saranno inviati in forma anonima.

4. I dati inviati dalle regioni e province autonome, già privi degli elementi identificativi diretti, sono archiviati previa separazione dei dati sanitari dagli altri dati. I dati sanitari sono trattati con tecniche crittografiche.

5. Al fine di rendere le informazioni sulla patologia temporaneamente intelligibili anche a chi è autorizzato ad accedere, le stesse sono trattate con tecniche crittografiche»;

n) al disciplinare tecnico, allegato 1, sono apportate le modificazioni contenute nell'allegato A parte integrante del presente decreto.

Art. 2.

Entrata in vigore

1. Il presente decreto entra in vigore dalla data della pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Il presente decreto sarà inviato ai competenti organi di controllo e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 6 agosto 2012.

Il Ministro della Salute

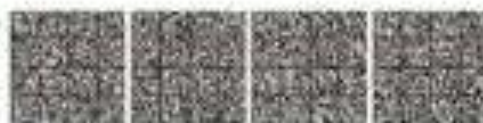
— 18 —



Allegato A

Modifiche al Disciplinare tecnico, Allegato 1 del decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 17 dicembre 2008, recante "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare"

— 17 —



1. Al Disciplinaire Tecnico Allegato 1 del decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 17 dicembre 2008, recante "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare" sono apportate le seguenti modificazioni:
- a) al quarto capoverso del paragrafo "1. Introduzione" le parole "www.mis.ministerosalute.it" sono sostituite dalle seguenti: "www.mis.salute.gov.it" e le parole "articolo 71" sono sostituite dalle seguenti: "articolo 54";
- b) dopo il paragrafo "2.1 soggetti" è inserito il seguente:

"2-bis. Descrizione del sistema informativo

2-bis.1 Caratteristiche infrastrutturali

Date le caratteristiche organizzative, le necessità di scambio di informazioni tra sistemi eterogenei e le caratteristiche dei dati trattati, il Sistema è basato su un'architettura standard del mondo Internet:

- Utilizza lo standard XML, per definire in modo unificato il formato e l'organizzazione dei dati scambiati nelle interazioni tra le applicazioni;
- Adotta forme di cooperazione applicativa tra sistemi;
- Prevede una architettura di sicurezza specifica per la gestione dei dati personali trattati.

È costituito, a livello nazionale, da:

- un sistema che ospita il front-end web dell'applicazione (avente la funzione di web server);
- un sistema che ospita l'applicazione (avente la funzione di application server);
- un sistema dedicato alla memorizzazione dei dati (data server);
- un sistema dedicato alla autenticazione degli utenti e dei messaggi;
- un sistema dedicato a funzioni di Business Intelligence.

Tutti i sistemi sono collegati in rete locale e connessi alle infrastrutture comunicative attraverso firewall opportunamente configurati. Inoltre, la sicurezza degli stessi è incrementata mediante:

- strumenti IDS (Intrusion Detection System) collocati nei punti di accesso alla rete al fine di consentire l'identificazione di attività ostili, ostacolando l'accesso da parte di soggetti non identificati e permettendo una reazione automatica alle intrusioni;
- il software è aggiornato secondo la tempistica prevista dalle case produttrici ovvero, periodicamente, a seguito di interventi di manutenzione;
- il database è configurato per consentire un ripristino completo delle informazioni senza causare la perdita di integrità e disponibilità;
- gruppi di continuità che, in caso di mancanza di alimentazione elettrica di rete, garantiscono la continuità operativa.

Le operazioni di accesso al sistema, tramite funzioni applicative o tramite accesso diretto, sono tracciate al fine di poter individuare eventuali anomalie.

2-bis.1.1 Gestione dei supporti di memorizzazione

I supporti di memorizzazione, includono nastri magnetici, dischi ottici e cartucce, possono essere fissi o rimovibili. È identificato un ruolo di custode dei supporti di memorizzazione, al quale è attribuita la responsabilità della gestione dei supporti di memorizzazione rimovibili.



Per la gestione dei supporti di memorizzazione sono state adottate, in particolare, le seguenti misure:

- tutti i supporti sono etichettati a seconda della classificazione dei dati contenuti;
- viene tenuto un inventario dei supporti di memorizzazione secondo controlli predefiniti;
- sono state definite ed adottate misure di protezione fisica dei supporti di memorizzazione;
- I supporti di memorizzazione non più utilizzati saranno distrutti e resi inutilizzabili.

2-bis.1.2 Misure idonee a garantire la continuità del servizio

A garanzia della corretta operatività del servizio sono state attivate procedure idonee a definire tempi e modi per salvaguardare l'integrità e la disponibilità dei dati e consentire il ripristino del sistema in caso di eventi che lo rendono temporaneamente inutilizzabile. In particolare, per quel che riguarda i dati custoditi presso il CED, sono previste:

- procedure per il salvataggio periodico dei dati (backup sia incrementale che storico);
- procedure che regolamentano la sostituzione, il riutilizzo e la rotazione dei supporti ad ogni ciclo di backup;
- procedure per il data recovery;
- procedure per la verifica dell'efficacia sia del backup che del possibile, successivo, ripristino.

La struttura organizzativa del CED e le procedure adottate consentono, in caso di necessità, di operare ripristino dei dati in un arco di tempo inferiore ai sette giorni.

2-bis.2 Abilitazione degli utenti

Sarà consentito agli utenti l'accesso al Sistema attraverso i dispositivi standard (Carta nazionale dei servizi, Carta di identità elettronica), definiti dalle vigenti normative, come strumenti per l'autenticazione telematica ai servizi erogati in rete dalle pubbliche amministrazioni.

In fase di prima attuazione, gli utenti possono accedere al sistema tramite credenziali di autenticazione generate secondo le modalità riportate sul sito del Ministero, in conformità all'art. 64 del Codice dell'Amministrazione Digitale.

Per l'accesso al Sistema, l'architettura prevede un'abilitazione in due fasi.

La prima fase consente la registrazione da parte dell'utente mediante l'inserimento delle generalità e del proprio indirizzo di posta elettronica ove ricevere le credenziali di autenticazione nonché dei dettagli inerenti la struttura organizzativa di appartenenza. Successivamente, il sistema di registrazione invia una email contenente l'identificativo e la password che l'utente è obbligato a cambiare al primo accesso e, periodicamente, con cadenza trimestrale.

La parola chiave dovrà avere le seguenti caratteristiche:

- sarà composta da almeno otto caratteri;
- non conterrà riferimenti facilmente riconducibili all'incaricato.

Le credenziali di autorizzazione non utilizzate da almeno sei mesi sono disattivate.

Nella seconda fase, l'utente (che viene definito utente NSIS) può chiedere l'abilitazione ad un profilo di un'applicazione censita nel NSIS (in questo caso il "sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare"). Il sistema permette di formulare richieste solo per le applicazioni associate alla struttura organizzativa di appartenenza.



L'amministratore del sistema effettua un ricontro della presenza del nominativo nella lista di coloro che sono stati designati dal referente della Regione o Provincia Autonoma di appartenenza. Qualora questa verifica abbia esito negativo la procedura di registrazione si interrompe; nel caso in cui questa verifica abbia esito positivo l'utente è abilitato all'utilizzo del sistema.

Per garantire l'effettiva necessità, da parte del singolo utente NSIS, di accedere alle informazioni per le quali ha ottenuto un profilo di accesso, le stesse vengono, periodicamente, sottoposte a revisione e l'amministratore verifica con i referenti della Regione o delle Province Autonome il permanere degli utenti abilitati, nelle liste delle persone autorizzate ad accedere all'NSIS e ai sistemi ad esso riconducibili (allegato b, decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196).

2-bis.1 Modalità di trasmissione

La Regione o Provincia Autonoma fornisce al Sistema le informazioni nei formati stabiliti nelle successive sezioni, scegliendo fra tre modalità alternative:

- utilizzando le regole tecniche di cooperazione applicativa del SPC;
- utilizzando i servizi applicativi che il Sistema mette a disposizione tramite il protocollo sicuro https e secondo le regole per l'autenticazione di cui al paragrafo 2-bis.2;
- ricorrendo alla autenticazione bilaterale fra sistemi basata su certificati digitali emessi da un'autorità di certificazione ufficiale.

A supporto degli utenti, il Sistema rende disponibile un servizio di assistenza raggiungibile mediante un unico numero telefonico da tutto il territorio nazionale, ogni ulteriore dettaglio è reperibile sul sito istituzionale del Ministero all'indirizzo www.mis.salute.gov.it.

Le tempistiche di trasmissione ed i servizi di cooperazione applicativa sono pubblicati a cura del Ministero all'indirizzo www.mis.salute.gov.it.

2-bis.1.1. Sistema Pubblico di Connettività

Il Sistema Pubblico di Connettività è definito e disciplinato all'art. 73 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82.

Le trasmissioni telematiche devono avvenire nel rispetto delle regole tecniche del SPC, così come definite agli artt. 51 e 71 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82.

Per l'accesso ai servizi gli utenti dovranno avvalersi di un collegamento da realizzare secondo una delle seguenti modalità:

- connessione mediante le Community network istituite dalle regioni per garantire il rispetto dei requisiti previsti dalle regole tecniche approvate dalla Commissione di Coordinamento SPC di cui all'articolo 80 del Codice;
- connessione attraverso i fornitori qualificati SPC previsti dall'articolo 82 del Codice.

2-bis.1.2. Garanzie per la sicurezza della trasmissione dei flussi informativi

Nel caso in cui la Regione o la Provincia Autonoma disponga di un sistema informativo in grado di interagire secondo le logiche di cooperazione applicativa, l'erogazione o la fruizione del servizio richiedono come condizione preliminare che siano effettuate operazioni di identificazione univoca delle entità (sistemi, componenti software, utenti) che partecipano, in modo diretto e indiretto (attraverso sistemi intermedi) ed imperniando ruoli diversi, allo scambio di messaggi e alla erogazione o fruizione dei servizi.

In particolare occorrerà fare riferimento alle regole tecniche individuate ex art. 71, comma 2, del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82.



Nel caso in cui il sistema informativo della Regione o Provincia Autonoma non risponda alle specifiche di cui sopra, l'utente che debba procedere all'inserimento delle informazioni potrà accedere al Sistema, nell'ambito del NSIS, e inviare le informazioni attraverso una connessione sicura.

2-bis.3.3. Standard tecnologici per la predisposizione dei dati

L'utente deve provvedere alla creazione e alla predisposizione di documenti conformi alle specifiche dell'Extensible Markup Language (XML) 1.0 (raccomandazione W3C 10 febbraio 1998).

Gli schemi standard dei documenti in formato XML, contenenti le definizioni delle strutture dei dati dei messaggi da trasmettere, sono pubblicati, nella loro versione aggiornata, sul sito Internet del Ministero all'indirizzo www.mis.salute.gov.it.

2-bis.4. Servizi di analisi

Il Sistema è stato strutturato per perseguire, tra gli altri, i seguenti obiettivi:

- monitoraggio dell'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'assistenza e sui pattern di trattamento;
- supporto alle attività gestionali dei Servizi, per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse;
- supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale.

Il sistema consente di accedere ad un apposita funzionalità di reportistica che prevede due tipologie di utenti:

- utenti del Ministero;
- utenti delle Regioni o Province autonome;

- e) al primo capoverso del paragrafo 4, le parole "dati anagrafici dei pazienti" sono sostituite dalle seguenti "caratteristiche dell'assistito".
- d) il secondo capoverso del paragrafo 4 è sostituito dal seguente: "Tali informazioni devono essere trasmesse con le modalità ed i tempi previsti dall'articolo 5 al verificarsi degli eventi (cfr. articolo 3 comma 3).";
- e) al paragrafo "4. Le informazioni", la tabella è sostituita dalla seguente:

"Tabella: Alimentazione sistema informativo - Schema degli eventi rilevanti"

Eventi	Data in cui l'evento è inteso "verificato" (art. 5 comma 2)	Informazioni da trasmettere (art. 3 comma 1)	Tracciati
Presi in carico	Data di presa in carico	Caratteristiche dell'assistito	Tracciato 1
		Valutazione dell'autonomia dell'assistito e dei relativi bisogni assistenziali	Tracciato 1
Erogazione	Data di accesso	Identificazione degli accessi	Tracciato 2
		Identificazione delle prestazioni erogate (non quantificabile)	



Evento	Data in cui l'evento è inteso "verificato" (art. 3 comma 2)	Informazioni da trasmettere (art. 3 comma 1)	Tracciati
Sospensione	Data sospensione	Dati relativi alla sospensione della presa in carico	Tracciato 1
Rivisitazione	Data di rivisitazione	Rivisitazione sanitaria dell'assistito e dei relativi bisogni assistenziali	Tracciato 2
Conclusione	Data di conclusione	Dati relativi alla dimissione dell'assistito	Tracciato 2"

f) al paragrafo "5. Alimentazione del sistema", la tabella è sostituita dalla seguente:

"Tabella: Alimentazione sistema informativo - Schema delle informazioni da trasmettere

Evento oggetto di rilevazione	Tracciato	Contenuti informativi oggetto di trasmissione	Note
Presa in carico	Tracciato 1	Caratteristiche dell'assistito	Al verificarsi dell'evento presa in carico (art. 3, comma 3, lett. a) del presente decreto), il Sistema è alimentato con le informazioni relative a: <ul style="list-style-type: none"> • Responsabile della presa in carico • Soggetto richiedente la presa in carico • Caratteristiche dell'assistito
	Tracciato 1	Valutazione dell'autonomia dell'assistito e dei relativi bisogni assistenziali	Al verificarsi dell'evento presa in carico (art. 3, comma 3, lett. a) del presente decreto), il Sistema è alimentato con le informazioni relative a: <ul style="list-style-type: none"> • Patologia concomitante/prevalente • Situazione autonomia dell'assistito • Identificazione dei bisogni assistenziali
Erogazione	Tracciato 2	<ul style="list-style-type: none"> • Identificazione degli accessi • Identificazione delle prestazioni (solo per le Regioni/P.A. che partecipano alla fase di sperimentazione) 	Al verificarsi dell'evento erogazione (art. 3, comma 3, lett. b) del presente decreto), il Sistema è alimentato con le informazioni relative all'accesso: <ul style="list-style-type: none"> • Data accesso • Tipologia operatore • Numero accessi Per le sole Regioni/P.A. che partecipano alla fase di sperimentazione, la rilevazione è integrata con il dettaglio delle prestazioni erogate (tipo prestazione e numero prestazioni)
Sospensione	Sospensione	Dati relativi alla sospensione	Al verificarsi dell'evento sospensione (art. 3, comma 3, lett. c) del presente decreto), il Sistema è alimentato con le informazioni relative a: <ul style="list-style-type: none"> • Data di inizio della sospensione • Motivazione • Data di conclusione della sospensione



Evento oggetto di rilevazione	Tracciato	Contenuti informativi oggetto di trasmissione	Note
Rivoluzione	Variazione/ Rivoluzione	Rivoluzione sanitaria dell'assistito e dei relativi bisogni assistenziali	<p>Al verificarsi dell'evento rivoluzione (cfr. art. 3, comma 3, lett. d) del presente decreto), il Sistema è alimentato con le informazioni aggiornate relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valutazione dell'assistito • Bisogni assistenziali <p>In funzione delle scadenze definite nel piano di presa in carico e in presenza di condizioni che lo rendono necessaria l'invio del paziente da una fase di sospensione ovvero valutazione nel quadro clinico del paziente, l'assistito viene rivalutato, secondo le modalità individuate dalla Regione, al fine di aggiornare il quadro clinico e, laddove necessario, modificare coerentemente il piano assistenziale.</p> <p>La Regione/P.A., entro 30 giorni dall'ultima valutazione ovvero rivalutazione inviata al Sistema, devono (cfr. art. 3, comma 2):</p> <ul style="list-style-type: none"> • confermare la valutazione precedentemente inviata; • inviare una nuova valutazione.
Conclusione	Conclusione	Dati relativi alla conclusione	<p>Al verificarsi dell'evento conclusione (cfr. art. 3, comma 3, lett. e) del presente decreto), il Sistema è alimentato con le informazioni relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Data conclusione • Motivazione "

- g) il segnale capoverso del paragrafo "5. Alimentazione del Sistema" è suppresso;
- h) dopo il terzo capoverso del paragrafo "5. Alimentazione del Sistema" sono inseriti i seguenti:

"I valori di riferimento da utilizzare nella predisposizione dei file XML, sono contenuti nel documento di specifiche tecniche pubblicato sul sito internet del Ministero all'indirizzo www.mis.it/it;

In fase di avvio del sistema informativo per l'assistenza domiciliare è utilizzata la classificazione ICD 9-CM versione 2007, nona revisione. Le successive versioni della classificazione ICD 9-CM saranno coerenti con quelle utilizzate dal flusso informativo per le Schede di Dimissione Ospedaliera (DM 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni) al fine di garantire l'allineamento tra i due flussi. ";

- i) al paragrafo "5.1 Tracciato 1", la tabella "5.1 Alimentazione del sistema – Tracciato 1" è sostituita dalla seguente:



Tabella: Alimentazione sistema informativo - Tracciato 1

TRACCIATO 1		
Evento	Contenuti informativi	Descrizione
Preso in carico	Codice regione erogante	Individua la Regione a cui affluisce la struttura presso la quale il soggetto è stato preso in carico.
	Codice ASL erogante	Identifica l'Azienda Sanitaria/Azienda Ospedaliera che eroga il servizio.
	Data della presa in carico	Indica la data della presa in carico dell'assistito.
	Soggetto che richiede la presa in carico	Indica la tipologia di soggetto richiedente la presa in carico.
	Codice Univoco	Indica il codice univoco dell'assistito, le sedi delle disposizioni del regolamento del Ministero, approvato dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali nella seduta del Collegio del 28 febbraio 2007 e delle disposizioni dello schema tipo di regolamento delle Regioni approvato dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali nella seduta del Collegio del 13 aprile 2006.
	Genere	Indica il sesso dell'assistito.
	Anno di nascita	Indica l'anno di nascita dell'assistito.
	Assistente non familiare convivente	Indica la presenza o meno di una persona, non appartenente al nucleo familiare (ex - badante), che convive con l'assistito (24%).
	Nucleo familiare convivente	Indica il numero dei componenti del nucleo familiare convivente, escluso l'assistito e l'eventuale assistente convivente (rientrano nel conteggio ad esempio: coniuge/partner convivente, figlio/i, fratello/sorella, nipote, genero/nuora, cognato/suocera).
	Regione di residenza dell'assistito	Individua la Regione di residenza dell'assistito.
Stato estero di residenza	Indica lo Stato estero in cui risiede l'assistito a cui è stata erogata la prestazione.	
Cittadinanza	Identifica la cittadinanza dell'assistito alla fine del periodo di riferimento della rilevazione.	



TRACCIATO 1		
Evento	Contenuti informativi	Descrizione
	Comune di residenza	Identifica il comune nella cui anagrafe (Anagrafe della Popolazione Residente) è iscritta l'assistita.
	ASL di residenza	Indica l'azienda unità sanitaria locale che comprende il comune, o la frazione di comune in cui risiede l'assistito.
Valutazione	Data valutazione	Identifica la data in cui avviene la valutazione iniziale dell'assistito.
	Patologia prevalente	Identifica il codice della patologia prevalente nel determinare l'attivazione dell'assistenza.
	Patologia concomitante	Individua il codice della/delle patologia/e concomitante/i, eventualmente presente/i, in grado di condizionare la presa in carico.
	Autonomia	Indica il livello di autonomia nelle attività della vita quotidiana (alimentazione, igiene personale, vestire, uso bagno).
	Grado mobilità	Indica il livello di autonomia dell'assistito nell'area di mobilità.
	Disturbi cognitivi	Identifica l'esistenza dei disturbi cognitivi (memoria, orientamento, attenzione) eventualmente presenti.
	Disturbi comportamentali	Individua l'esistenza dei disturbi comportamentali eventualmente presenti.
	Supporto sociale	Identifica la presenza di un supporto da parte di reti familiari e informali (diritti famiglia e della rete informale).
	Assistenza per rischio infettivo	Indica se l'assistenza è a rischio infettivo
	Broncoespansione / drenaggio posturale	Indica la presenza del bisogno di broncoespansione / drenaggio posturale
	Ossigeno-terapia	Indica la presenza del bisogno di ossigeno-terapia
	Ventilazione	Indica la presenza del bisogno di ventilazione



TRACCATO 1		
Evento	Contenuti informativi	Descrizione
	Tracheostomia	Indica la presenza del bisogno di tracheostomia
	Alimentazione assistita	Indica la presenza del bisogno di alimentazione assistita
	Alimentazione enterale	Indica la presenza del bisogno di alimentazione enterale
	Alimentazione parenterale	Indica la presenza del bisogno di alimentazione parenterale
	Gestione della stomia	Indica la presenza del bisogno di gestione della stomia
	Manovre per favorire eliminazione urinaria/ intestinale	Indica la presenza del bisogno di manovre per favorire l'eliminazione urinaria/intestinale
	Assistenza per alterazione del ritmo sonno/veglia	Indica la presenza del bisogno di assistenza per alterazione del ritmo sonno/veglia
	Interventi di educazione terapeutica	Indica la presenza del bisogno di interventi di educazione terapeutica
	Cure per ulcere cutanee di 1° e 2° grado	Indica la presenza del bisogno di cure per ulcere cutanee di 1° e 2° grado
	Cure per ulcere cutanee di 3° e 4° grado	Indica la presenza del bisogno di cure per ulcere cutanee di 3° e 4° grado
	Prelevi venosi non occasionali	Indica la presenza del bisogno di prelevi venosi non occasionali
	ECG	Indica la presenza del bisogno di Elettrocardiogrammi (ECG)
	Telemedicina	Indica la presenza del bisogno di telemedicina
	Procedura terapeutica sottocutanea/ intramuscolare/ infusionale	Indica la presenza del bisogno di procedure terapeutiche sottocutanee/intramuscolari/infusionali
	Gestione catetere centrale	Indica la presenza del bisogno di gestione del catetere centrale



TRACCATO 1		
Evento	Contenuti informativi	Descrizione
	Trasfusioni	Indica la presenza del bisogno di trasfusioni
	Controllo del dolore	Indica la presenza del bisogno di controllo del dolore
	Bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità oncologica	Indica la presenza di bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità oncologica. In situazioni complesse generate da coesistenza di stato terminale oncologico e non oncologico - valorizzare solo il campo stato terminale oncologico con bisogno presente.
	Bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità non oncologica	Indica la presenza di bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità non oncologica. In situazioni complesse generate da coesistenza di stato terminale oncologico e non oncologico - valorizzare solo il campo stato terminale oncologico con bisogno presente.
	Trattamento riabilitativo neurologico in presenza di disabilità	Indica la presenza del bisogno di trattamento riabilitativo neurologico in presenza di disabilità
	Trattamento riabilitativo ortopedico in presenza di disabilità	Indica la presenza del bisogno di trattamento riabilitativo ortopedico in presenza di disabilità
	Trattamento riabilitativo di mantenimento in presenza di disabilità	Indica la presenza del bisogno di trattamento riabilitativo di mantenimento in presenza di disabilità
	Supervisione continua di utenti con disabilità	Indica la presenza del bisogno di supervisione continua di utenti con disabilità
	Assistenza nelle IADL per utenti con disabilità	Indica la presenza del bisogno di assistenza nelle attività quotidiane strumentali (Instrumental activities of daily living - "IADL") di utenti con disabilità
	Assistenza nelle ADL per utenti con disabilità	Indica la presenza del bisogno di assistenza nelle attività quotidiane per le cura di sé (Activities of daily living - "ADL") di utenti con disabilità
	Supporto al care giver	Indica la presenza del bisogno di supporto al care giver



TRACCIATO 1		
Evento	Contenuti informativi	Descrizione
Trasmissione	Tipo trasmissione	Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate.*

b) al paragrafo "5.2 Tracciato 1", la tabella "5.2 Alimentazione del sistema - Tracciato 1" è sostituita dalla seguente:

*Tabella: Alimentazione sistema informativo - Tracciato 2

TRACCIATO 2		
Evento	Contenuti informativi	Descrizione
Preso in carico	Codice regione erogante	Individua la Regione a cui affluisce la struttura presso la quale il soggetto è stato preso in carico.
	Codice ASL erogante	Identifica l'Azienda Sanitaria/Azienda Ospedaliera che eroga il servizio.
	Data della presa in carico	Indica la data della presa in carico dell'assistito.
	Codice univoco	Indica il codice univoco dell'assistito, ai sensi delle disposizioni del regolamento del Ministero, approvato dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali nella seduta del Collegio del 28 febbraio 2007 e delle disposizioni dello schema tipo di regolamento delle Regioni approvato dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali nella seduta del Collegio del 11 aprile 2006.
Erogazione	Data di accesso	Identifica la data in cui è effettuato l'accesso al domicilio dell'assistito.
	Tipo operatore	Indica la tipologia di operatore che ha effettuato l'accesso.
	Numero accessi	Indica il numero di accessi, del singolo operatore, nel corso della stessa data.
	Tipo prestazione (solo per le Regioni /P.A. che partecipano alla fase di sperimentazione)	Indica le prestazioni erogate, articolate in tipologie



TRACCATO 2		
Evento	Contenuti informativi	Descrizione
	Numero prestazioni (solo per le Regioni /P.A. che partecipano alla fase di sperimentazione)	Indica la quantità delle prestazioni erogate
Sospensione	Data inizio sospensione	Indica la data in cui inizia la sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito.
	Motivazione sospensione	Indica la motivazione della sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito.
	Data fine sospensione	Indica la data in cui termina la sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito.
Rivalutazione	Data rivalutazione	Identifica la data in cui avviene la rivalutazione dell'assistito.
	Motivo della rivalutazione	Individua la motivazione alla base della rivalutazione dell'assistito, articolata in tipologie.
	Conferma valutazione/ rivalutazione precedente	Indica la conferma della valutazione e rivalutazione precedente.
	Patologia prevalente	Identifica il codice della patologia prevalente nel determinare l'attivazione dell'assistenza.
	Patologia concomitante	Individua il codice della/tralle patologia/i concomitante/i, eventualmente presente/i, in grado di condizionare la presa in carico.
	Autonomia	Indica il livello di autonomia nelle attività della vita quotidiana (alimentazione, igiene personale, vestirsi, uso bagno).
	Grado mobilità	Indica il livello di autonomia dell'assistito nell'area di mobilità.
	Disturbi cognitivi	Identifica l'entità dei disturbi cognitivi (memoria, orientamento, attenzione) eventualmente presenti.
	Disturbi comportamentali	Individua l'entità dei disturbi comportamentali eventualmente presenti.
	Supporto sociale	Identifica la presenza di un supporto da parte di reti formali e informali (dalla famiglia e dalla rete informale).



TRACCIATO 2		
Evento	Contenuti informativi	Descrizione
	Assistenza per rischio infettivo	Indica se l'assistenza è a rischio infezione.
	Broncoaspirazione / drenaggio posturale	Indica la presenza del bisogno di broncoaspirazione / drenaggio posturale
	Ossigeno terapia	Indica la presenza del bisogno di ossigeno terapia
	Ventiloterapia	Indica la presenza del bisogno di ventiloterapia
	Tracheostomia	Indica la presenza del bisogno di tracheostomia
	Alimentazione assistita	Indica la presenza del bisogno di alimentazione assistita.
	Alimentazione enterale	Indica la presenza del bisogno di alimentazione enterale
	Alimentazione parenterale	Indica la presenza del bisogno di alimentazione parenterale
	Gestione della stomia	Indica la presenza del bisogno di gestione della stomia
	Manovre per favorire eliminazione urinaria/ intestinale	Indica la presenza del bisogno di manovre per favorire l'eliminazione urinaria/intestinale
	Assistenza per alterazione del ritmo sonno/veglia	Indica la presenza del bisogno di assistenza per alterazione del ritmo sonno/veglia
	Interventi di educazione terapeutica	Indica la presenza del bisogno di interventi di educazione terapeutica
	Cure per ulcere cutanee di 1° e 2° grado	Indica la presenza del bisogno di cure per ulcere cutanee di 1° e 2° grado
	Cure per ulcere cutanee di 3° e 4° grado	Indica la presenza del bisogno di cure per ulcere cutanee di 3° e 4° grado
	Prelevi venosi non occasionali	Indica la presenza del bisogno di prelevi venosi non occasionali
	EKG	Indica la presenza del bisogno di elettrocardiogramma (EKG)
	Telemetria	Indica la presenza del bisogno di telemetria



TRACCATO 2		
Evento	Contenuti informativi	Descrizione
	Procedura terapeutica sottocutanea/ intramuscolare/ infusione	Indica la presenza del bisogno di procedure terapeutiche sottocutanee, intramuscolari/infusionali.
	Gestione catetere centrale	Indica la presenza del bisogno di gestione del catetere centrale.
	Traccezioni	Indica la presenza del bisogno di trachezioni.
	Controllo del dolore	Indica la presenza del bisogno di controllo del dolore.
	Bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità oncologica	Indica la presenza di bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità oncologica. In situazioni complesse generate da coesistenza di stato terminale oncologico e non oncologico valorizzare solo il campo stato terminale oncologico con bisogno presente.
	Bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità non oncologica	Indica la presenza di bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità non oncologica. In situazioni complesse generate da coesistenza di stato terminale oncologico e non oncologico valorizzare solo il campo stato terminale oncologico con bisogno presente.
	Trattamento riabilitativo neurologico in presenza di disabilità	Indica la presenza del bisogno di trattamento riabilitativo neurologico in presenza di disabilità.
	Trattamento riabilitativo ortopedico in presenza di disabilità	Indica la presenza del bisogno di trattamento riabilitativo ortopedico in presenza di disabilità.
	Trattamento riabilitativo di mantenimento in presenza di disabilità	Indica la presenza del bisogno di trattamento riabilitativo di mantenimento in presenza di disabilità.
	Supervisione continua di utenti con disabilità	Indica la presenza del bisogno di supervisione continua di utenti con disabilità.
	Assistenza nelle IAD, per utenti con disabilità	Indica la presenza del bisogno di assistenza nelle attività quotidiane strumentali (instrumental activities of daily living - "IAD") di utenti con disabilità.



TRACCATO 2		
Evento	Contenuti Informativi	Descrizione
	Assistenza nelle ADL per utenti con disabilità	Indica la presenza del bisogno di assistenza nelle attività quotidiane per la cura di sé (Activities of Daily Living - "ADL") di utenti con disabilità
	Supporto al care giver	Indica la presenza del bisogno di supporto al care giver
Conclusione	Data conclusione dell'AD	Indica la data in cui viene conclusa l'assistenza domiciliare all'assistito
	Motivo conclusione dell'AD	Indica la motivazione per cui viene conclusa l'assistenza domiciliare all'assistito, articolata in tipologie
Trasmissione	Tipo trasmissione	Campo tecnico utilizzato per distinguere le modalità di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate

no al primo capoverso del paragrafo "A. Formato elettronico delle trasmissioni" le parole "www.inis.ministerosalute.it" sono sostituite dalle seguenti: "www.inis.salute.gov.it".

11/09/09

DECRETO 6 agosto 2012

Modifiche al decreto 17 dicembre 2008, recante «Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semi-residenziali».

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", che, all'art. 3, co. 1, disciplina l'integrazione socio-sanitaria, definisce le relative tipologie di prestazioni e stabilisce che, con atto di indirizzo e coordinamento, sono definiti i livelli uniformi di assistenza per le prestazioni sociali a rilievo sanitario, unitamente alle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria da assicurarsi da parte delle aziende sanitarie;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 20 febbraio 1997, n. 42, S.O., recante «Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle Province Autonome di Trento e di Bolzano, in materia di rapporti strutturali, tecnologici ed organizzativi miranti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private»;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio 2001, pubblicato nella Gazzetta Uffi-

ziale 6 giugno 2001, n. 121, recante "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie", ed in particolare l'art. 4 che prevede che:

- per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti;

- la Regione emana indirizzi e protocolli volti ad omogeneizzare a livello territoriale i criteri della valutazione multidisciplinare e l'articolazione del piano di lavoro personalizzato vigilando sulla loro corretta applicazione al fine di assicurare comportamenti uniformi ed omogenei a livello territoriale;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 8 febbraio 2002, n. 33, S.O., recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza", che individua l'assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale tra le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal Servizio Sanitario Nazionale, in quanto ricompresa nel livello di assistenza distrettuale;

Visto l'Accordo-quadro tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome, sancito dalla Conferenza permanente tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 22 febbraio



h.II.B

Il flusso per il monitoraggio dell'assistenza erogata
presso gli Hospice (Flusso Hospice)



h.II.B.1

Decreto ministeriale 6 giugno 2012
Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio
dell'assistenza erogata presso gli Hospice (Flusso Hospice)
(GU n. 142 del 20-6-2012)

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 6 giugno 2012

Introduzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Vista la legge 13 novembre 2009, n. 172, recante «Istituzione del Ministero della salute e incremento del numero complessivo dei Sottosegretari di Stato»;

Visto l'art. 5, comma 1 della legge 15 marzo 2010, n. 38, recante «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore», che prevede l'attivazione da parte del Ministero della salute di una specifica rilevazione sui presidi ospedalieri e territoriali e sulle prestazioni assistenziali in ciascuna regione dalle strutture del Servizio sanitario nazionale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, al fine di promuovere l'attivazione e l'integrazione delle due reti a livello regionale e nazionale e la loro uniformità su tutto il territorio nazionale;

Vista l'art. 9, comma 1 della citata legge n. 38 del 2010, che prevede l'attivazione presso il Ministero della salute del monitoraggio per le cure palliative e per la terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative, la fornitura da parte delle regioni e delle province autonome di tutte le informazioni e i dati utili all'attività di monitoraggio del Ministero, nonché l'accesso da parte delle stesse al complesso dei dati e delle informazioni in possesso del Ministero della salute;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1997, n. 502, e successive modifiche, che, all'art. 3-terzo, comma 2 definisce le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria;

Vista l'art. 2, comma 1, lettera c) della legge 30 novembre 1998, n. 439, che prevede l'emanazione di un atto di indirizzo e coordinamento al fine di assicurare livelli uniformi delle prestazioni socio-sanitarie di alta integrazione sanitaria;

Visto il decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, convertito con modificazioni nella legge 26 febbraio 1999, n. 39, recante disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000;

Visto il decreto del Ministro della salute del 29 settembre 1999, recante «Programmazione nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 7 marzo 2000, n. 55;

Visto il decreto del Presidente Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2000, concernente «Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 21 marzo 2000, n. 67;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio 2000, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 6 giugno 2001, n. 129, in attuazione dell'art. 2 della legge del 30 novembre 1998, n. 439, che, all'art. 4, prevede che:

per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie necessarie e soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di somma attenzione la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti;

la regione eroga indirizzi e protocolli volti ad omogeneizzare a livello territoriale i criteri della valutazione multidisciplinare e l'articolazione del piano di lavoro personalizzato vigilando sulla loro corretta applicazione al fine di assicurare comportamenti uniformi ed omogenei a livello territoriale;

Visto il decreto del Ministro della salute del 5 settembre 2001, recante «Ripartizione dei finanziamenti per gli anni 2000, 2001 e 2002 per la realizzazione di strutture per le cure palliative», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 15 novembre 2001, n. 266;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 8 febbraio 2001, n. 33, supplemento ordinario, di definizione dei livelli essenziali di assistenza, che individua l'attività sanitaria e socio-sanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale tra le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal servizio sanitario nazionale in quanto ricompresa sul livello di assistenza distrettuale;

Visto il decreto del Ministro della salute del 22 febbraio 2007, n. 43, recante «Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell'art. 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311»;

Visto l'accordo siglato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 20 marzo 2008 (Rep. Att. n. 113/CSM) concernente «Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche»;

Visto l'accordo quadro tra il Ministero della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per lo sviluppo del Nuovo sistema informativo sanitario nazionale sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 22 febbraio 2001 (Rep. Att. n. 115/8) che all'art. 6, in attuazione dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, stabilisce che le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo delle fasi di attuazione del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), debbano essere esercitate congiuntamente attraverso un organismo denominato «Cabina di regia»;

Visto il decreto del Ministro della salute del 14 giugno 2002, con il quale è stata istituita la cabina di regia per lo sviluppo del Nuovo sistema informativo sanitario nazionale (NSIS).



Vista l'urgenza sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005 (Rep. Att. n. 2271), la quale dispone all'art. 1 che:

la definizione e il continuo adeguamento nel tempo dei contenuti informativi e delle modalità di alimentazione del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), come indicato al comma 5, sono affidati alla Cabina di regia e vengono recepiti dal Ministero della salute con propri decreti attuativi, compresi i flussi informativi finalizzati alla verifica degli standard qualitativi e quantitativi dei livelli essenziali di assistenza;

il conferimento dei dati al Sistema informativo sanitario, come indicato al comma 6, è ricompreso tra gli adempimenti cui sono tenute le regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato di cui all'art. 1, comma 164 della legge 30 dicembre 2004;

Considerato che il Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) ha la finalità di supportare il monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza, attraverso gli obiettivi strategici approvati dalla Cabina di regia, nella seduta dell'11 settembre 2002;

Visto il decreto del Ministro della salute 12 dicembre 2007, n. 277, concernente «Regolamento di attuazione dell'art. 20, commi 2 e 3, dell'art. 181, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante: «Codice in materia di protezione dei dati personali», volto a disciplinare il trattamento dei dati sensibili e giudiziari effettuati dal Ministero della salute;

Rilevato, in particolare, che l'allegato C01 del citato decreto del Ministro della salute n. 277 del 2007 prevede il trattamento di dati sensibili per finalità di «Programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria (art. 85, comma 1, lettera b) del predetto Codice), senza elementi identificativi diretti»;

Visto lo schema di regolamento per il trattamento dei dati sensibili, redatto ai sensi degli articoli 20 e 21 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, sottoposto all'Autorità garante per la protezione dei dati personali, con parere favorevole emesso in data 13 aprile 2008, volto a disciplinare il trattamento dei dati sensibili e giudiziari effettuati dalle regioni e province autonome;

Rilevato, in particolare, che la scheda 12 del suddetto schema di regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari effettuati dalle regioni e province autonome, prevede che i dati provenienti dalle aziende sanitarie sono privati degli elementi identificativi diretti subito dopo la loro acquisizione da parte della regione; ai fini della verifica della non duplicazione delle informazioni e della eventuale interconnessione con altre banche dati sanitarie della regione, la specifica struttura tecnica individuata dalla regione, alla quale viene esplicitamente affidata la funzione infrastrutturale, provvede ad assegnare ad ogni soggetto un codice univoco che non consente la identificazione dell'interessato durante il trattamento dei dati; qualora le regioni e le province autonome non dispongano di sistemi di codifica, coerenti con quanto stabilito nello schema tipo di regolamento, i dati saranno inviati in forma anonima.

Tenuto conto che le regioni e le province autonome hanno successivamente adottato i propri regolamenti per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari in conformità allo schema tipo approvato dall'Autorità garante per la protezione dei dati personali;

Considerato che, tra gli obiettivi strategici del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) una delle componenti fondamentali è rappresentata dal «Sistema di integrazione delle informazioni sanitarie individuali», nell'ambito del quale è ricompreso il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice;

Ritornato pertanto necessario, al fine di dare attuazione a quanto previsto dagli articoli 5, comma 1, e 9, comma 1 della citata legge n. 38 del 2010, avviare l'acquisizione del flusso informativo relativo all'assistenza erogata presso gli Hospice per finalità riconducibili al monitoraggio dell'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni e valutazioni sulle caratteristiche dell'attività e sul pattern di trattamento;

Acquisito il parere della Cabina di regia per il Nuovo sistema informativo sanitario in data 10 febbraio 2010;

Acquisito il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 7 ottobre 2010 (Rep. Att. n. 170 CSR) e del 19 aprile 2012 (Rep. Att. n. 104 CSR);

Acquisito il parere dell'Autorità garante per la protezione dei dati personali, reso in data 27 ottobre 2011, ai sensi dell'art. 154, comma 4 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196;

Decreto:

Art. 1.

Ambito di applicazione e definizioni

1. Il presente decreto si applica agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati presso le strutture Hospice.
2. Ai fini del presente decreto si intendono Hospice esclusivamente le strutture in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi definiti dal decreto del Presidente Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2000.

Art. 2.

Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice

1. Nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) presso il Ministero della salute è istituito il sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice (di seguito denominato Sistema). La realizzazione e la gestione di tale Sistema è affidata al Ministero della salute - Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Servizio sanitario nazionale - Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario.



2. Il suddetto Sistema è finalizzato alla raccolta delle informazioni relative all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria erogata presso gli Hospice di cui all'art. 1, comma 2. Restano pertanto esclusi dalla rilevazione tutti gli interventi caratterizzati esclusivamente da «aiuto sociale alla persona».

3. Al fine di consentire il monitoraggio per le cure palliative e per la terapia del dolore connesse alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative nonché consentire il monitoraggio dei livelli economici e uniformi di assistenza nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse, ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, il Sistema di cui al presente decreto è volto a consentire le analisi aggregate utili per il calcolo degli indicatori anche ai fini della verifica di cui all'art. 3 dell'inserto sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005. Per le predette finalità è consentita l'interconnessione dei contenuti informativi presenti nel Nuovo Sistema informativo sanitario attraverso il codice univoco dell'assistito previsto dalla scheda 12 dello schema di regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari effettuati dalle regioni e province autonome con le modalità di cui all'art. 8.

4. Le regioni e le province autonome mettono a disposizione del Sistema le informazioni secondo le modalità riportate nel disciplinare tecnico allegato che è parte integrante del presente decreto.

Art. 3.

Flussi in ingresso

1. Il flusso informativo, dettagliato nel disciplinare tecnico, fa riferimento alle informazioni relative all'erogatore e ai seguenti dati personali riferiti all'assistito non direttamente identificativi ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196:

- a) caratteristiche dell'assistito;
- b) informazioni precedenti la fase di presa in carico;
- c) informazioni legate alla fase di presa in carico;
- d) informazioni relative all'inizio dell'assistenza;
- e) principali segni/sintomi oggetto di assistenza;
- f) tipologia delle prestazioni erogate;
- g) informazioni relative alla fase di conclusione.

2. Le informazioni di cui al comma 1 devono essere raccolte e trasmesse con le modalità e i tempi previsti dall'art. 5 a conclusione del percorso assistenziale del singolo assistito.

3. La trasmissione verso il Sistema delle informazioni di cui al comma 1 deve essere effettuata da parte delle regioni e le province autonome con riferimento all'assistenza erogata presso gli Hospice, prestata a favore dei cittadini residenti e non residenti nel territorio stesso.

4. Il flusso di cui al presente articolo, in coerenza con la legge 15 marzo 2001, n. 38, individua in maniera esclusiva l'attività degli Hospice.

Art. 4.

Accesso ai dati

1. Al fine di consentire il monitoraggio per le cure palliative e per la terapia del dolore connesse alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative il Sistema è predisposto per permettere:

a) alle unità organizzative delle regioni e province autonome competenti, come individuate dai provvedimenti regionali e provinciali, di consultare le informazioni rese disponibili dal Sistema in forma aggregata al fine di effettuare analisi comparative in materia di assistenza sanitaria per le cure palliative e per la terapia del dolore, sulla base degli indicatori calcolati ai sensi dell'art. 2, comma 2;

b) alle unità organizzative della Direzione generale della programmazione sanitaria e della Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario del Ministero della salute competenti, come individuate dal decreto ministeriale di organizzazione, di consultare le informazioni rese disponibili dal Sistema in forma aggregata.

Art. 5.

Modalità e tempi di trasmissione

1. Il Sistema viene alimentato con le informazioni relative all'assistenza erogata presso gli Hospice a partire dal 1° luglio 2012.

2. Le informazioni di cui all'art. 3, comma 2 e trasmesse al NSIS, con cadenza trimestrale entro il mese successivo al periodo di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi.

3. Le trasmissioni al Sistema devono essere avvenute secondo le modalità indicate nel disciplinare tecnico e secondo le specifiche tecniche disponibili sul sito internet del Ministero della salute (www.mis.salute.gov.it).

4. La trasmissione telematica dei dati, secondo le procedure descritte nel disciplinare tecnico allegato avviene in conformità alle relative regole tecniche del Sistema pubblico di connettività (SPC) previsto e disciplinato dagli articoli 72 e seguenti del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e successive modificazioni, e concernente il codice dell'amministrazione digitale. In particolare, si utilizzerà un protocollo sicuro e si farà ricorso all'autenticazione bilaterale fra sistemi basata su certificati digitali emessi da un'autorità di certificazione ufficiale.

5. Ai fini della cooperazione applicativa, le regioni e le province autonome e il Ministero della salute garantiscono la conformità delle infrastrutture alle regole definite dal Sistema pubblico di connettività (SPC).



6. Eventuali variazioni riguardanti le specifiche tecniche di cui al comma 3 saranno pubblicate sul sito internet del Ministero della salute (www.min.salute.gov.it), anche in attuazione di quanto previsto dall'art. 54 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e successive modificazioni, concernente il codice dell'amministrazione digitale.

Art. 6.

Disposizioni transitorie

1. Per le regioni e le province autonome che non dispongano delle informazioni indicate all'art. 3, comma 1 è prevista la possibilità di avvalersi di un differimento dai termini per l'avvio delle trasmissioni di cui all'art. 5, comma 1.

2. Per le regioni e le province autonome che non dispongano di servizi di cooperazione applicativa conformi alle regole dettate dal Sistema pubblico di connettività (SPC), nelle more dell'adeguamento dei sistemi regionali, è possibile il conferimento dei dati secondo le modalità alternative descritte nell'allegato 1 «Discipline tecniche».

3. Le regioni e le province autonome che si trovino nella condizione di cui al comma 1 o nella condizione di cui al comma 2 transizione, entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, tramite apposita comunicazione al Ministero della salute, Direzione generale del sistema informativo e sanitario sanitario, il Piano di adeguamento dei propri sistemi informativi atti a consentire, non oltre il 31 dicembre 2012, l'alimentazione del Sistema mediante la trasmissione trimestrale di tutte le informazioni indicate all'art. 3, comma 1 nonché l'indicazione della data entro la quale saranno disponibili i servizi di cooperazione applicativa.

4. Il Piano di adeguamento di cui al comma 3 sarà sottoposto all'approvazione della Cabina di regia del Nuovo sistema informativo sanitario. Quest'ultima predisporrà verifiche periodiche per valutare l'attuazione dei piani di adeguamento approvati.

Art. 7.

Ritardi ed inadempimenti

1. Fino al 30 giugno 2013 le informazioni transmesse, in coerenza con quanto previsto nei Piani di adeguamento, saranno sottoposte a verifica in ordine a completezza e qualità. A tal fine le regioni e le province autonome trasmetteranno, con cadenza semestrale, relazioni che verranno esaminate dalla Cabina di regia del Nuovo sistema informativo sanitario.

2. Dal 1° luglio 2013 il conferimento dei dati nelle modalità e nei contenuti di cui al presente decreto è ritenuto fra gli adempimenti cui sono tenute le regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, ai sensi dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005.

Art. 8.

Trattamento dei dati

1. La riservatezza dei dati trattati nell'ambito del sistema, ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e, in particolare, dell'art. 34, comma 1, lettera b), verrà garantita dalle procedure di sicurezza relative al software e ai servizi telematici, in conformità alle regole tecniche di cui all'art. 71, comma 1 del Codice dell'amministrazione digitale.

2. Nel Sistema sono raccolti e trattati solo i dati indispensabili per il perseguimento delle finalità del presente decreto, con modalità e logiche di organizzazione ed elaborazione delle informazioni dirette esclusivamente a fornire una rappresentazione aggregata dei dati. L'accesso degli incaricati del trattamento ai dati registrati nel Sistema avviene attraverso chiavi di ricerca che non consentono, anche mediante operazioni di incrocio, consultazione e raffronto, la consultazione, la selezione o l'estrazione di informazioni riferite a singoli individui o di elenchi di codici identificativi. Le funzioni applicative del Sistema non consentono la consultazione e l'analisi di informazioni che rendano identificabile l'interessato ai sensi del codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali per scopi statistici o scientifici di cui agli allegati A3 e A4 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

3. Il codice univoco è assegnato a ciascun soggetto, in applicazione di quanto previsto dalla scheda 12 dello schema di regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari effettuati dalle regioni e province autonome. Qualora le regioni e le province autonome non dispongano di sistemi di codifica, coerenti con quanto stabilito con lo schema tipo di regolamento, i dati saranno inviati in forma anonima.

4. I dati inviati dalle regioni e province autonome, già privi degli elementi identificativi diretti, sono archiviati previa separazione dei dati sanitari dagli altri dati. I dati sanitari sono trattati con tecniche crittografiche.

5. Al fine di rendere le informazioni sulla patologia temporaneamente inintelligibili anche a chi è autorizzato ad accedervi, le stesse sono trattate con tecniche crittografiche.

Art. 9.

Entrata in vigore

1. Il presente decreto entra in vigore il quindicesimo giorno dalla pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Il presente decreto sarà inviato ai competenti organi di controllo e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 6 giugno 2012

Il Ministro **BALDUZZI**



Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice

Allegato I

Disciplinare tecnico

— 56 —



Allegato 1 - Disciplinare Tecnico

1. Introduzione

Nel contesto di profonda evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano ha siglato il 22 febbraio 2001 l'Accordo Quadro per lo sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS). Il disegno di un nuovo sistema informativo sanitario si propone quale strumento essenziale per il governo della sanità a livello nazionale, regionale e locale e per migliorare l'accesso alle strutture e la fruizione dei servizi da parte dei cittadini – utenti.

Il protocollo d'intesa del 23 marzo 2005 e successivamente il "Patto per la Salute" del 28 Settembre 2006 hanno ribadito l'utilizzo del NSIS per le misure di qualità, efficienza ed appropriatezza del Servizio Sanitario Nazionale, evidenziando il conferimento dei dati al Sistema Informativo Sanitario "fra gli adempimenti a cui sono tenute le Regioni".

Il Sistema di Integrazione delle Informazioni Sanitarie Individuali (SIISI), inserito nell'ambito del NSIS, è il sistema di supporto ai diversi livelli del Servizio Sanitario Nazionale (locale/regionale e nazionale) le cui principali funzioni sono:

- monitoraggio dell'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento;
- supporto alle attività gestionali dei Servizi, per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse;
- supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale;
- supporto alla ricerca e al Miglioramento Continuo di Qualità.

Il presente allegato descrive le modalità di trasmissione dei dati, al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), relativi all'assistenza erogata presso le strutture Hospice. Per Hospice si intendono esclusivamente le strutture in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi definiti dal DPCM 20 gennaio 2000. L'assistenza sanitaria erogata presso le strutture Hospice è rilevata esclusivamente attraverso il sistema informativo hospice anche per quelle ubicato all'interno di strutture di ricovero pubbliche e private accreditate.

Ogni variazione significativa alle caratteristiche tecniche descritte nel presente disciplinare e in generale, le novità più rilevanti, sono rese pubbliche sul sito internet del Ministero della Salute (www.mis.salute.gov.it), secondo le modalità previste dall'articolo 54 del Codice dell'amministrazione digitale.

Coerentemente con le indicazioni contenute nel modello concettuale del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, il flusso deve intercettare l'informazione relativa al singolo evento sanitario per consentire diverse e articolate forme di aggregazione e di analisi dei dati, non essendo possibile prevedere a priori tutti i possibili criteri di aggregazione degli eventi stessi al fine del calcolo degli indicatori.

2. I soggetti

Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano si attongono alle presenti specifiche di trasmissione delle informazioni previste per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice.



Le Regioni e le Province autonome individuano, inoltre, un soggetto responsabile della trasmissione dei dati al sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice (di seguito Sistema).

3. Descrizione del sistema informativo

3.1. Caratteristiche infrastrutturali

Date le caratteristiche organizzative, le necessità di scambio di informazioni tra sistemi eterogenei e le caratteristiche dei dati trattati, il Sistema è basato su un'architettura standard del mondo Internet:

- Utilizza lo standard XML per definire in modo unificato il formato e l'organizzazione dei dati scambiati nelle interazioni tra le applicazioni;
- Adotta forme di cooperazione applicativa tra sistemi;
- Prevede una architettura di sicurezza specifica per la gestione dei dati personali trattati.

È costituito, a livello nazionale, da:

- un sistema che ospita il front-end web dell'applicazione (avente la funzione di web server);
- un sistema che ospita l'applicazione (avente la funzione di application server);
- un sistema dedicato alla memorizzazione dei dati (data server);
- un sistema dedicato alla autenticazione degli utenti e dei messaggi;
- un sistema dedicato a funzioni di Business Intelligence.

Tutti i sistemi sono collegati in rete locale e connessi alle infrastrutture comunicative attraverso firewall opportunamente configurati. Inoltre, la sicurezza degli stessi è incrementata mediante:

- strumenti IDS (Intrusion Detection System) collocati nei punti di accesso alla rete al fine di consentire l'identificazione di attività ostili, ostacolando l'accesso da parte di soggetti non identificati e permettendo una reazione automatica alle intrusioni;
- il software è aggiornato secondo la tempistica prevista dalle case produttrici ovvero, periodicamente, a seguito di interventi di manutenzione;
- il database è configurato per consentire un ripristino completo delle informazioni senza causarne la perdita di integrità e disponibilità;
- gruppi di continuità che, in caso di mancanza di alimentazione elettrica di rete, garantiscono la continuità operativa.

Le operazioni di accesso al sistema, tramite funzioni applicative o tramite accesso diretto, sono tracciate al fine di poter individuare eventuali anomalie.

3.1.1. Gestione dei supporti di memorizzazione

I supporti di memorizzazione, inclusi nastri magnetici, dischi ottici e cartucce, possono essere fissi o rimovibili. È identificato un ruolo di custode dei supporti di memorizzazione, al quale è attribuita la responsabilità della gestione dei supporti di memorizzazione rimovibili.

Per la gestione dei supporti di memorizzazione sono state adottate, in particolare, le seguenti misure:

- tutti i supporti sono etichettati a seconda della classificazione dei dati contenuti;

— 68 —



- viene tenuto un inventario dei supporti di memorizzazione secondo controlli predefiniti;
- sono state definite ed adottate misure di protezione fisica dei supporti di memorizzazione;
- I supporti di memorizzazione non più utilizzati saranno distrutti e resi inutilizzabili.

3.1.2 Misure idonee a garantire la continuità del servizio

A garanzia della corretta operatività del servizio sono state attivate procedure idonee a definire tempi e modi per salvaguardare l'integrità e la disponibilità dei dati e consentire il ripristino del sistema in caso di eventi che lo rendano temporaneamente inutilizzabile. In particolare, per quel che riguarda i dati custoditi presso il CED, sono previste:

- procedure per il salvataggio periodico dei dati (backup sia incrementale che storico);
- procedure che regolamentano la sostituzione, il riutilizzo e la rotazione dei supporti ad ogni ciclo di backup;
- procedure per il data recovery;
- procedure per la verifica dell'efficacia sia del backup che del possibile, successivo, ripristino.

La struttura organizzativa del CED e le procedure adottate consentono, in caso di necessità, di operare ripristino dei dati in un arco di tempo inferiore ai sette giorni.

3.2. Abilitazione degli utenti

Sarà consentito agli utenti l'accesso al Sistema attraverso i dispositivi standard (Carta nazionale dei servizi, Carta di identità elettronica), definiti dalle vigenti normative, come strumenti per l'autenticazione telematica ai servizi erogati in rete dalle pubbliche amministrazioni.

In fase di prima attuazione, gli utenti possono accedere al sistema tramite credenziali di autenticazione generate secondo le modalità riportate sul sito del Ministero, in conformità all'art. 64 del Codice dell'Amministrazione Digitale.

Per l'accesso al Sistema, l'architettura prevede un'abilitazione in due fasi.

La prima fase consente la registrazione da parte dell'utente mediante l'inserimento delle generalità e del proprio indirizzo di posta elettronica ove ricevere le credenziali di autenticazione nonché dei dettagli inerenti la struttura organizzativa di appartenenza. Successivamente, il sistema di registrazione invia una email contenente l'identificativo e la password che l'utente è obbligato a cambiare al primo accesso e, periodicamente, con cadenza trimestrale.

La parola chiave dovrà avere le seguenti caratteristiche:

- sarà composta da almeno otto caratteri,
- non conterrà riferimenti facilmente riconoscibili all'incaricato.

Le credenziali di autorizzazione non utilizzate da almeno sei mesi sono disattivate.

Nella seconda fase, l'utente (che viene definito utente NSIS) può chiedere l'abilitazione ad un profilo di un'applicazione conosciuta nel NSIS (in questo caso il "sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice"). Il sistema permette di formulare richieste solo per le applicazioni associate alla struttura organizzativa di appartenenza.

L'amministratore del sistema effettua un riscontro della presenza del nominativo nella lista di coloro che sono stati designati dal referente della Regione o Provincia Autonoma di appartenenza. Qualora questa



verifica abbia esito negativo la procedura di registrazione si interrompe; nel caso in cui questa verifica abbia esito positivo l'utente è abilitato all'utilizzo del sistema.

Per garantire l'effettiva necessità, da parte del singolo utente NSIS, di accedere alle informazioni per le quali ha ottenuto un profilo di accesso, le utenze vengono, periodicamente, sottoposte a revisione e l'amministratore verifica con i referenti delle Regioni e delle Province Autonome il permanere degli utenti abilitati, nelle liste delle persone autorizzate ad accedere all'NSIS e ai sistemi ad esso riconducibili (allegato b, decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196)

3.3. Modalità di trasmissione

La Regione o Provincia Autonoma fornisce al Sistema le informazioni nei formati stabiliti nelle successive sezioni, scegliendo fra tre modalità alternative:

- utilizzando le regole tecniche di cooperazione applicativa del SPC;
- utilizzando i servizi applicativi che il Sistema mette a disposizione tramite il protocollo sicuro https e secondo le regole per l'autenticazione di cui al punto 3.2;
- ricorrendo alla autenticazione bilaterale fra sistemi basata su certificati digitali emessi da un'autorità di certificazione ufficiale.

A supporto degli utenti, il Sistema rende disponibile un servizio di assistenza raggiungibile mediante un unico numero telefonico da tutto il territorio nazionale, ogni ulteriore dettaglio è reperibile sul sito istituzionale del Ministero all'indirizzo www.nsis.salute.gov.it.

Le tempistiche di trasmissione ed i servizi di cooperazione applicativa sono pubblicati a cura del Ministero all'indirizzo www.nsis.salute.gov.it.

3.3.1 Sistema Pubblico di Connettività

Il Sistema Pubblico di Connettività è definito e disciplinato all'art. 73 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82.

Le trasmissioni telematiche devono avvenire nel rispetto delle regole tecniche del SPC, così come definite agli artt. 51 e 71 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82.

Per l'accesso ai servizi gli utenti dovranno avvalersi di un collegamento da realizzare secondo una delle seguenti modalità:

- connessione mediante le Community network istituite dalle regioni per garantire il rispetto dei requisiti previsti dalle regole tecniche approvate dalla Commissione di Coordinamento SPC di cui all'articolo 80 del Codice;
- connessione attraverso i fornitori qualificati SPC previsti dall'articolo 82 del Codice.

3.3.2 Garanzie per la sicurezza della trasmissione dei flussi informativi

Nel caso in cui la Regione o la Provincia Autonoma disponga di un sistema informativo in grado di interagire secondo le logiche di cooperazione applicativa, l'erogazione e la fruizione del servizio richiedono come condizione preliminare che siano effettuate operazioni di identificazione univoca delle entità (sistemi, componenti software, utenti) che partecipano, in modo diretto e indiretto (attraverso sistemi intermedi) ed impersonando ruoli diversi, allo scambio di messaggi e alla erogazione e fruizione dei servizi.



In particolare occorrerà fare riferimento alle regole tecniche individuate ex art. 71, comma 2, del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82.

Nel caso in cui il sistema informativo della Regione o Provincia Autonoma non risponda alle specifiche di cui sopra, l'utente che debba procedere all'inserimento delle informazioni potrà accedere al Sistema, nell'ambito del NSIS, e inviare le informazioni attraverso una connessione sicura.

3.3.3 Standard tecnologici per la predisposizione dei dati

L'utente deve provvedere alla creazione e alla predisposizione di documenti conformi alle specifiche dell'Extensible Markup Language (XML) 1.0 (raccomandazione W3C, 10 febbraio 1998).

Gli schemi standard dei documenti in formato XML, contenenti le definizioni delle strutture dei dati dei messaggi da trasmettere, sono pubblicati, nella loro versione aggiornata, sul sito Internet del Ministero all'indirizzo www.nsis.silfari.gov.it.

3.4 Servizi di analisi

Il Sistema è stato strutturato per perseguire, tra gli altri, i seguenti obiettivi:

- monitoraggio dell'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento;
- supporto alle attività gestionali dei Servizi, per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse;
- supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale.

Il sistema consente di accedere ad un apposita funzionalità di reportistica che prevede due tipologie di utenti:

- utenti del Ministero della salute;
- utenti delle Regioni o Province autonome.

4. Ambito della rilevazione

Il Sistema è alimentato con informazioni riguardanti l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria erogata presso gli Hospice, restano pertanto esclusi dalla rilevazione tutti gli interventi caratterizzati esclusivamente da "supporto sociale" alla persona.

Si intendono Hospice esclusivamente le strutture in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi definiti dal DPCM 20 gennaio 2000.

5. Le informazioni

I contenuti informativi, di cui al comma 1 dell'articolo 3 del presente decreto, da trasmettere al NSIS per l'alimentazione del Sistema, sono distinti in 2 tracciati, di seguito indicati:

- TRACCIATO 1 – contiene le informazioni associate all'evento presa in carico;
- TRACCIATO 2 – contiene le informazioni associate agli eventi erogazione e conclusione.

Tali informazioni devono essere trasmesse entro il mese successivo al trimestre di riferimento nel quale è avvenuta la conclusione del percorso assistenziale (cfr. art. 3 comma 2).



Tracciato	Evento (art. 3 comma 2)	Data in cui l'evento "verificato" (art. 5 comma 3)	Trasmissione	Informazioni da trasmettere (art. 3 comma 3)
1	Preso in carico	Data di ricevimento	Il Tracciato 1 deve essere trasmesso entro il mese successivo al termine nel quale è avvenuta la conclusione del percorso assistenziale dell'assistito.	Caratteristiche dell'assistito
				Informazioni rilevanti precedenti la fase di presa in carico
2	Erogazione	Data di dimissione	Il Tracciato 2 deve essere trasmesso entro il mese successivo al termine nel quale è avvenuta la conclusione del percorso assistenziale dell'assistito.	Informazioni relative all'arco dell'assistenza
				Principali segni/sintomi oggetto di assistenza
	Conclusione	Tipologia prestazioni erogate		
				Informazioni rilevanti relative alla fase di conclusione

6. Alimentazione del Sistema

Viene riportato di seguito uno schema esemplificativo delle informazioni da trasmettere in corrispondenza degli eventi identificati:

Evento oggetto di rilevazione	Tracciato	Contenuti informativi oggetto di trasmissione	Note
Preso in carico	Tracciato 1	<ul style="list-style-type: none"> Caratteristiche dell'assistito Informazioni rilevanti precedenti la fase di presa in carico Informazioni relative all'ospite Informazioni rilevanti legate alla fase di presa in carico 	<p>Al verificarsi dell'evento preso in carico (cfr. art. 3, comma 2, lett. a) del presente decreto, il Sistema è alimentato con le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Codice anagrafico • Regione di residenza • Comune di residenza • ASL di residenza • Stato civile di residenza • Cittadinanza • Genere • Anno di nascita • Titolo di studio • Tipo struttura di provenienza • Regione • ASL • Strutture erogatrici • Data di ricevimento • Tassa generale applicata • Data della richiesta di ricevimento • Data di ricezione della richiesta di ricevimento • Patologia responsabile del quadro clinico • Motivo prevalente della presa in carico • Segni/Sintomi clinici non diversamente controllati • Malattie non cliniche
Erogazione	Tracciato 2	<ul style="list-style-type: none"> • Inizio dell'assistenza • Principali segni/sintomi che sono stati oggetto di assistenza nel corso della degenza • Tipologia prestazioni 	<p>Al verificarsi dell'evento erogazione (cfr. art. 3, comma 2, lett. b) del presente decreto, il Sistema è alimentato con le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segni/sintomi clinici primari • Segni/sintomi clinici secondari • Macroprestazioni
Conclusione		<ul style="list-style-type: none"> • Dati relativi alla conclusione 	<p>Al verificarsi dell'evento conclusione (cfr. art. 3, comma 2, lett. c) del presente decreto, il Sistema è alimentato:</p>



Evento oggetto di rilevazione	Tracciato	Contenuti informativi oggetto di trasmissione	Note
			con le informazioni relative a: <ul style="list-style-type: none"> • Data di dimissione • Modalità di dimissione

In fase di avvio del sistema informativo per l'assistenza erogata presso gli Hospice è necessario utilizzare la classificazione ICD 9-CM versione 2007, nona revisione. Le successive versioni della classificazione ICD 9-CM saranno coerenti con quelle utilizzate dal flusso informativo per le Schede di Dimissione Ospedaliera (DM 27 ottobre 2000, n. 390 e successive modifiche) al fine di garantire l'allineamento tra i due flussi.

Le informazioni di dettaglio per ciascuno dei due tracciati sono indicate nelle tabelle seguenti.

Si rimanda al documento di specifiche tecniche per il dettaglio delle regole che disciplinano i tracciati record, indicazioni di dettaglio circa la struttura dei file XML, e gli schemi XSD di convalida a cui far riferimento e le procedure di controllo e verifica dei dati trasmessi.

6.1 Tracciato 1

TRACCIATO 1		
Evento	Campo	Descrizione
Preso in carico	Codice istituto	Al sensi delle disposizioni del regolamento del Ministero della Salute, approvato dall'Anziani Giuristi per la protezione dei dati personali nella seduta del Collegio del 28 febbraio 2007 e delle disposizioni dello schema tipo di regolamento delle Regioni approvato dall'Anziani Giuristi per la protezione dei dati personali nella seduta del Collegio del 13 aprile 2006. Il campo deve essere valorizzato riportando il codice univoco derivante dal processo di codifica corrente cui quanto indicato nello schema tipo di Regolamento regionale (applicabile sia ai cittadini italiani che stranieri). Identifica la Regione in cui risiede l'assistito.
	Regione di residenza	I valori ammessi sono quelli a tre caratteri definiti con DM 17 settembre 1986, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 240 del 13 ottobre 1986, e successive modifiche, utilizzati anche nei modelli per la rilevazione delle attività professionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali. Nel caso in cui l'assistito risieda all'estero va indicato il codice 999.
	Comune di residenza	Il codice da utilizzare è quello previsto dalla codifica ISTAT, i cui primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi sei progressivi all'interno di ciascuna provincia che individuano il singolo Comune. Nel caso in cui l'assistito risieda all'estero va indicato il codice 999999.
	ASL di residenza	Identifica l'Azienda Sanitaria di residenza dell'assistito. Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri utilizzato anche nei modelli per la rilevazione delle attività professionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali, in particolare nel modello FLS-11 "Dati di struttura e di organizzazione della Unità Sanitaria Locale". In caso in cui l'assistito risieda all'estero va indicato il codice 999.
	Stato civile di residenza	Indica lo stato civile di residenza dell'assistito. La codifica da utilizzare è quella Alfab2 (a due lettere) prevista dalla nomenclatura ICD 3166. Il campo non deve essere valorizzato per i residenti in Italia.



TRACCIATO 1		
Evento	Campo	Descrizione
	Cittadinanza	Identifica la cittadinanza dell'assistito. Lo codice da utilizzare è quello Alpha2 (a due lettere) previsto dalla normativa ISO 3166. In caso di apofali indicare il codice ZZ. In caso di cittadinanza sconosciuta indicare il codice XX.
	Genere	Indica il sesso dell'assistito. I valori ammessi sono: 1. maschio 2. femmina
	Autore di nascita	Indica l'ente di nascita dell'assistito. Il codice da utilizzare è nel formato AAAA.
	Titolo di studio	Indica il titolo di studio dell'assistito. I valori ammessi sono: 1. nessuno 2. licenza elementare 3. licenza media inferiore 4. diploma media superiore 5. laurea 6. sconosciuta
	Tipo struttura di provenienza	Indica la struttura o il luogo di provenienza dell'assistito. I valori ammessi sono: 1. domicilio dell'assistito, senza cure palliative domiciliari attive 2. domicilio dell'assistito con cure palliative domiciliari attive 3. Struttura socio-sanitaria ospedaliera 4. struttura sociale 5. struttura ospedaliera 6. struttura di riabilitazione 9. altro
	Regione	Individua la Regione in cui è ubicata la struttura (Ospizio) presso la quale il soggetto è stato preso in carico. I valori ammessi sono quelli a tre caratteri definiti con DM 17 settembre 1986, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 230 del 15 ottobre 1986, e successive modifiche, utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali.
	ASL	Identifica l'Azienda Sanitaria nel cui territorio opera l'Ospizio. Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri usato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche).
	Struttura erogatrice	Indica la struttura Ospizio presso la quale è preso in carico l'assistito. In attesa dell'adozione del modello proposto dal Ministero l'individuazione della struttura, che sarà recepito nel SSIS attraverso la procedura "Monitoraggio della rete di assistenza", il campo utilizzerà i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.10a e STS.11.
	Data di ricovero	Indica la data di ricovero. Il codice da utilizzare è nel formato AAAA-MM-GG.
	Tariffa gestionale applicata	Indica la componente della tariffa applicata a carico del Servizio Sanitario Regionale. Valore numerico compreso tra 0,01 e 999999,99.
	Data della richiesta di ricovero	Indica la data presente sulla ricetta del medico che propone il ricovero del paziente. Il codice da utilizzare è nel formato AAAA-MM-GG.



TRACCIATO 1		
Evento	Campo	Descrizione
	Data di ricezione della richiesta di servizio	Indica la data in cui l'ospite riceve la richiesta di servizio (normale). Il codice da utilizzare è nel formato AAAA-MM-GG.
	Patologia responsabile del quadro clinico	Indica la patologia responsabile del quadro clinico. E' possibile indicare un'area patologica. Utilizzare codifica ICD 9 CM, limitatamente ai primi tre caratteri che individuano la categoria.
	Motivo prevalente della presa in carico	Indica il motivo prevalente per il quale è richiesta la presa in carico. I valori ammessi sono: 1. Clinico 2. Non clinico
	Segno/Sintomo clinico non diversamente controllabile - SS1	Indica il segno/sintomo clinico non diversamente controllabile alla base della richiesta di presa in carico. Utilizzare codifica ICD 9 CM
	Segno/Sintomo clinico non diversamente controllabile - SS2	Indica un ulteriore segno/sintomo clinico non diversamente controllabile alla base della richiesta di presa in carico. Utilizzare codifica ICD 9 CM
	Motivo non clinico - MNC1	Indica il motivo non clinico alla base della presa in carico. Utilizzare codifica ICD 9 CM
	Motivo non clinico - MNC2	Indica un ulteriore motivo non clinico alla base della presa in carico. Utilizzare codifica ICD 9 CM
Trasmissione	Tipi trasmissione	Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate e eventualmente annullate. Valori ammessi: • I: Inserimento • V: Variazione • C: Cancellazione Va utilizzato il codice "I" per la trasmissione di informazioni nuove o per la trasmissione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione. Va utilizzato il codice "V" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una soprascrittura dal sistema di acquisizione. Va utilizzato il codice "C" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una cancellazione dal sistema di acquisizione.

6.2 Tracciato 2

TRACCIATO 2		
Evento	Campo	Descrizione
Erogazione	Segno/sintomo clinico primario - SSP1	Indica il segno/sintomo la cui gestione ha comportato il maggior impegno di risorse da parte della struttura. Utilizzare codifica ICD 9 CM
	Segno/sintomo clinico primario - SSP2	Indica un ulteriore segno/sintomo la cui gestione ha comportato il maggior impegno di risorse da parte della struttura. Utilizzare codifica ICD 9 CM
	Segno/sintomo clinico secondario - SSS1	Indica altro segno/sintomo previsto dalla struttura. Utilizzare codifica ICD 9 CM
	Segno/sintomo clinico secondario - SSS2	Indica un ulteriore segno/sintomo previsto dalla struttura. Utilizzare codifica ICD 9 CM



TRACCIATO 2		
Evento	Campo	Descrizione
	Macrooperazioni	Indica le macrooperazioni che caratterizzano l'assistenza erogata. I valori ammessi sono: 1. controllo diario 2. controllo degenza 3. controllo sistemi gastro-intestinali (massa, vomito, ecc.) 4. controllo sistemi psico-comportamentali (ansia, agnosia, agitazione, delirio, ecc.) 5. medicazioni complesse 6. sedazione profonda/palliativa 7. gestione di ospiti clinicamente complessi (dipole, masse sclerose, meningi, drenaggi, tutti livelli curativi, ecc.) 8. ascolto rapporto al paziente/famiglia 9. accudimento del paziente (con intervento minima o assente) 99. altre macrooperazioni
Conclusione	Data di dimissione	Indica la data di dimissione. Il codice da utilizzare è sul formato AAAA-MM-GG.
	Modalità di dimissione	Indica la motivazione per cui viene conclusa l'assistenza. I valori ammessi sono: 1. dimissione confermata al domicilio dell'assistito 2. dimissione al domicilio dell'assistito con assistenza domiciliare 3. dimissione dell'assistito con cura palliativa domiciliare 4. dimissione presso strutture ospedaliere extramurarie 5. trasferito ad ospedale 6. decesso 9. altro
Trasmissione	Tipo trasmissione	Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modifiche o eventualmente annullate. Valori ammessi: • I: Inserimento • V: Variazione • C: Cancellazione Va utilizzato il codice "I" per la trasmissione di informazioni nuove o per la reintroduzione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione. Va utilizzato il codice "V" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una sopracorrezione del sistema di acquisizione. Va utilizzato il codice "C" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una cancellazione dal sistema di acquisizione.

7. Formato elettronico delle trasmissioni

La trasmissione dei dati è effettuata esclusivamente in modalità elettronica secondo le specifiche tecniche pubblicate sul sito internet del Ministero (www.mia.salute.gov.it).

Le Regioni e le Province autonome inviano al livello nazionale del NSIS i dati raccolti e controllati. L'invio delle informazioni da parte della Regione/Provincia Autonoma viene effettuato secondo il tracciato unico nazionale, riportato nel documento di specifiche tecniche.

Si rimanda al suddetto documento di specifiche tecniche per indicazioni di dettaglio circa la struttura dei file XML nonché, il relativo documento XSD di convalida a cui far riferimento per le procedure di controllo e verifica dei dati trasmessi e alle modalità di segnalazione ai soggetti interessati riguarda le anomalie riscontrate sui dati trasmessi.

8. Tempi di trasmissione

Il Sistema è alimentato con le informazioni relative all'assistenza erogata presso gli Hospice a partire dal 1 luglio 2012. Le informazioni, indicate all'articolo 3 comma 1, devono essere raccolte al verificarsi degli eventi idonei alla generazione e modifica delle informazioni richieste per singolo assistito. Come indicato all'articolo 3, comma 2, tali eventi sono identificabili con le principali fasi del processo assistenziale.



Appendice al disciplinare tecnico

Si riporta di seguito un elenco dei segni/sintomi clinici più frequenti, nell'ambito degli Hospice

Segno/Sintomo	Codifica ICD 9 CM	Segno/Sintomo	Codifica ICD 9 CM
Altera prognosi non specificata (Primo 541)	500.9	Dolore Addome di altri non specificato	560.00
Aumentata o parziale scomparsa della coscienza (Cedimento)	780.01	Dolore lombare e sciaglie (causa sconosciuta)	560.3
Alta e specifici meccanismi strutturali	780.29	Dolore negli arti	720.3
Alta immunità sistemica	780.30	Dolore Generalizzato	560.40
Alta Stipsi	564.01	Disturbi del sonno	560.7
Alta alterazioni della coscienza (Sintomi, segni, segni)	780.00	Edema (causa)	562.3
Alta dispnea e disturbi respiratori	780.09	Ematemesi	570.0
Alta disuria (causa)	560.30	Emetico	560.3
Alta disorientamento del tempo (Disorientamento, Disorientamento)	560.30	Emorragia del naso e dell'orecchio	560.3
Alta disorientamento di attenzione (Disorientamento)	560.30	Epistassi non specificata	570.0
Anorexia (Primo di appetito)	780.20	Epistassi fronte	560.2
Anuria	564.2	Epistassi non specificata	560.0
Cachexia	569.4	Epistassi generalizzata (Disorientamento, segni, segni)	780.0
Calore	784.6	Etiologia non specificata	562.0
Cardiomegalia (Disturbi tipo Cellulite)	723.1	Malattia o sintomo	570.1
Cianosi	560.5	Micrometastasi circolatorie anomali (tumori)	780.0
Ciano	780.01	Nausea (causa)	560.0
Ciano polifasico	560.7	Oggetti scarsi	780.0
Disturbi di condizionale patologica (Disturbi affetti)	560.0	Orbitopatia dorsale (Disturbi Back)	734.1
Disturbi	780.01	Ortopatia	780.0
Disturbi del disorientamento di stato nella testimonianza degli affetti	560.3	Stato di coma non specificato (Disturbi)	560.00
Disturbi del sonno	780.11	Stomatite e capogiro (Ventricoli)	780.0
Disturbi del sonno	780.2	Tosse	780.2
Disturbi e altri disturbi specifici della funzione gastrica	560.0	Ulcerazione di stomaco (disturbi)	560.00
Disturbi del sonno non specificati	560.30	Ulcere (causa)	560.00
Disturbi della coscienza (Disturbi, Disturbi)	560.30	Vergine non affetto	780.0
Disturbi della sensibilità sensoria	780.0	Auti segni o sintomi	Codificare con ICD 9 CM
Disturbi del sonno (epistassi, disturbi, disturbi di sonno)	560.3		

Si riporta di seguito un elenco dei segni/sintomi non clinici più frequenti, che correlati alle patologie, determinano il ricovero del paziente nell'ambito degli Hospice, come previsto dal comma3, articolo 1 della legge 15 marzo 2010, n. 38 recante "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore".

Motivo non clinico	Codifica ICD 9 CM
Disturbi del sonno	V60.1
Altra ragione per essere in contatto con i servizi (causa del ricovero come legge di assistenza)	V65.3
Assenza del caregiver	V60.6
Persona che vive in sola	V60.7
Problema psico-sociale non specificato (causa psico-sociale)	V62.0
Ricovero di sollievo temporaneo (disturbi)	V60.3
Altri motivi non clinici	Codificare con ICD 9 CM

CLASSIFICAZIONE



Capitolo

i

**LA REMUNERAZIONE
DELL'ATTIVITÀ IN CP
E IN TD NELL'AMBITO
DELLA MOBILITÀ
INTERREGIONALE
SANITARIA**

i.1

Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato,
le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano 20 giugno 2020
“Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria
aggiornato all’anno 2018 – Regole tecniche”
(Rep. Atti 103/CSR del 20 giugno 2019)



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 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante "Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria aggiornato all'anno 2018 - Regole tecniche", di cui all'articolo 9, comma 2 dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014 - 2016.

Rep. Atti n. 103/CSR del 20 giugno 2019

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

Nella odierna seduta del 20 giugno 2019.

VISTO l'articolo 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, 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 l'articolo 9 del Patto per la Salute 2014 - 2016 di cui all'Intesa Rep. Atti n. 82/CSR del 10 luglio 2014 e, in particolare, i commi 2 e 4 i quali prevedono che:

2. Le Regioni convengono che gli accordi per la compensazione della mobilità interregionale:
- prevedono la valorizzazione dell'attività sulla base della tariffa regionale relativa ai singoli erogatori vigenti nella regione in cui vengono erogate le prestazioni, fino a concorrenza della tariffa massima nazionale definita sulla base della normativa vigente;
 - individuano e regolamentano, ai sensi del DM 18 ottobre 2012, i casi specifici e circoscritti per i quali può essere riconosciuta una remunerazione aggiuntiva, limitatamente ad erogatori espressamente individuati e in relazione a quantitativi massimi espressamente indicati, per tenere conto dei costi associati all'eventuale utilizzo di specifici dispositivi ad alto costo.
- Detti accordi devono essere approvati dalla Conferenza Stato- Regioni, nel rispetto degli equilibri di bilancio programmati;
4. In sede di accordi di cui ai precedenti commi 2 e 3 sarà possibile individuare volumi, tipologia e modalità di remunerazione aggiuntiva relative all'espanto e trasporto degli organi per il trapianto, alla ricerca e prelievo midollo osseo e CSE midollari nonché modalità di compensazione dei costi di ricoveri ospedalieri erogati da unità operative e/o strutture pediatriche espressamente individuate alla casistica di età pediatrica ad elevata complessità assistenziale oggetto di mobilità nella misura in cui siano riconosciuti diversi da quelli della casistica generale".

VISTO l'articolo 1, comma 575 della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016);

VISTO l'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria aggiornato all'anno 2017 - Regole tecniche, Rep. Atti n. 189/CSR del 18 ottobre 2018;

VISTA la nota del 10 maggio 2019, con la quale il Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha trasmesso la documentazione relativa alla compensazione della mobilità sanitaria indicata in oggetto, ai fini del perfezionamento del previsto accordo;



Il testo integrale del "Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante "Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria aggiornato all'anno 2018 – Regole tecniche", di cui all'articolo 9, comma 2 dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016. (Rep. Atti 103/CSR del 20 giugno 2019" è disponibile presso <https://progettodemetra.it>

i.2

Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato,
le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano 9 luglio 2020
“Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria
aggiornato all’anno 2019 – Regole tecniche”
(Rep. Atti 101 / CSR del 9 luglio 2020)



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 9, comma 2 dell'Intesa del 10 luglio 2014, Atto Rep. n. 82/CSR, concernente il nuovo patto per la salute per gli anni 2014-2016, sul documento recante "Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria aggiornato all'anno 2019 - Regole tecniche".

Rep. Atti n. 101/CSR del 9 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 9 luglio 2020

VISTO l'articolo 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, 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 l'articolo 9 del Patto per la Salute 2014- 2016 di cui all'Intesa Rep. Atti n. 82/CSR del 10 luglio 2014 e, in particolare, i commi 2 e 4 i quali prevedono che:

"2. Le Regioni convengono che gli accordi per la compensazione della mobilità interregionale:

- prevedono la valorizzazione dell'attività sulla base della tariffa regionale relativa ai singoli erogatori vigente nelle regioni in cui vengono erogate le prestazioni, fino a concorrenza della tariffa massima nazionale definita sulla base della normativa vigente;
- individuano e regolamentano, ai sensi del DM 18 ottobre 2012, i casi specifici e circoscritti per i quali può essere riconosciuta una remunerazione aggiuntiva, limitatamente ad erogatori espressamente individuati e in relazione a quantitativi massimi espressamente indicati, per tenere conto dei costi associati all'eventuale utilizzo di specifici dispositivi ad alto costo.

Detti accordi devono essere approvati dalla Conferenza Stato- Regioni, nel rispetto degli equilibri di bilancio programmati;

4. In sede degli accordi di cui ai precedenti commi 2 e 3 sarà possibile individuare volumi, tipologia e modalità di remunerazione aggiuntiva relative all'espanto e trasporto degli organi per il trapianto, alla ricerca e prelievo midollo osseo e CSE midollari nonché modalità di compensazione dei costi di ricoveri ospedalieri erogati, da unità operative e/o strutture pediatriche espressamente individuate alla casistica di età pediatrica ad elevata complessità assistenziale oggetto di mobilità nella misura in cui siano riconosciuti diversi da quelli della casistica generale."

VISTO l'accordo per la compensazione della mobilità sanitaria interregionale per l'anno 2018, Rep. Atti n. 103/CSR del 29 giugno 2019;

VISTA la nota del 27 aprile 2020, con la quale la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha trasmesso la proposta relativa alla compensazione della mobilità sanitaria indicata in oggetto, ai fini del perfezionamento del previsto accordo;



Il testo integrale del "Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2 dell'intesa del 10 luglio 2014, atto Rep. N. 82 CSR, concernente il nuovo patto per la salute per gli anni 2014-2016, sul documento recante "Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria aggiornato all'anno 2019 – Regole tecniche" (Rep. Atti 101/CSR del 9 luglio 2020) " è disponibile presso <https://progettodemetra.it>

Capitolo

1

**L'INTRODUZIONE
DELL'INFERMIERE
DI FAMIGLIA E COMUNITÀ
(IFC) SUL TERRITORIO:
UNA IMPORTANTE
RISORSA PER LE RETI
LOCALI DI CP E TD**

1.1

Documento approvato dalla Conferenza delle Regioni
e delle Province autonome il 10 settembre 2020
“Linee di indirizzo Infermiere di famiglia/ comunità
ex L. 17 luglio 2020 n. 77”



CONFERENZA DELLE REGIONI
E DELLE PROVINCE AUTONOME

20/164/CR06b/C7

**DOCUMENTO RECANTE:
"LINEE DI INDIRIZZO INFERMIERE DI FAMIGLIA/COMUNITÀ
ex L. 17 luglio 2020 n. 77"**

PREMESSA

Il recente *DM n. 34/2020, art. 1 c. 5*, convertito in L. 17 luglio 2020, n. 77, dispone l'introduzione dell'**infermiere di famiglia o di comunità**, (d'ora in poi IF/C) al fine di rafforzare i servizi infermieristici, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati come affetti da COVID-19, anche coadiuvando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, in relazione ai modelli organizzativi regionali.

Tali infermieri, che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, possono essere impiegati mediante l'utilizzo di forme di lavoro autonomo anche di collaborazione coordinata e continuativa, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020. Per le attività assistenziali svolte è riconosciuto agli infermieri un compenso lordo di 30 euro ad ora, inclusivo degli oneri fiscali, per un monte ore settimanale massimo di 35 ore. A decorrere dal 1° gennaio 2021, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, possono procedere al reclutamento di infermieri per le stesse finalità, in numero non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato e comunque nei limiti di cui al comma 10 del provvedimento.

Tale misura si colloca all'interno del più ampio intervento, delineato al comma 4, in cui le Regioni e le Province Autonome, attivano misure per garantire il massimo livello di assistenza compatibile con le esigenze di sanità pubblica e di sicurezza delle cure in favore dei soggetti contagiati identificati, nonché di tutte le persone fragili e dei soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità tutelate ai sensi del 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 *Patto per la salute 2019-2021* stabilisce inoltre che, al fine di promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socio-assistenziali, vengano definite linee di indirizzo per l'adozione di parametri di riferimento, anche considerando le diverse esperienze regionali in corso, favorendo l'integrazione con tutte le figure professionali,

compresa l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone.

La Commissione Salute della Conferenza delle Regioni ha incaricato un sottogruppo tecnico, costituito da rappresentanti del Tavolo Area assistenza territoriale e del Tavolo Risorse Umane, formazione e fabbisogni di personale, a effettuare approfondimenti in merito all'introduzione dell'IF/C.

Le seguenti linee di indirizzo sono state redatte dal sottogruppo tecnico a partire dal documento "Position statement su Infermiere di Famiglia e Comunità" della FNOPI, in cui la descrizione delle competenze dell'IF/C risulta completa e in linea con gli orientamenti Europei per quanto riguarda i due ambiti di competenza (famiglia e comunità) ritenuti strategici per la promozione della salute e gestione della cronicità/fragilità sul territorio.

Tuttavia considerato che tale documento può rappresentare un solido riferimento, per finalità ed esiti attesi, soprattutto sul medio-lungo periodo, si è ritenuto necessario definire alcuni orientamenti, relativi primariamente agli ambiti organizzativo e formativo, finalizzati all'introduzione dell'IF/C nel territorio, tenuto conto dell'urgenza determinata dal fenomeno epidemico da SARS-CoV-2 e, contestualmente, delle potenzialità determinate dall'introduzione di tale professionista sanitario per il potenziamento delle cure primarie.

Il gruppo di lavoro ha operato anche mediante confronto con rappresentanti della FNOPI e della FNOMCeO.

LINEE DI INDIRIZZO

Scopo del documento: delineare orientamenti organizzativi e formativi adattabili alle diverse realtà regionali in merito all'introduzione dell'IF/C ex L. 77/2020.

Definizione di IF/C: L'IF/C è un professionista appositamente formato, che ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e opera rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. Opera sul territorio, a seconda dei modelli organizzativi regionali, diffonde e sostiene una cultura di Prevenzione e Promozione di corretti stili di vita, si attiva per l'intercettazione precoce dei bisogni e la loro soluzione. Garantisce una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito comunità di riferimento, fornisce prestazioni dirette sulle persone assistite qualora necessarie e si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità assistenziale in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio, in modo da rispondere ai diversi bisogni espressi nei contesti urbani e sub-urbani. Svolge la sua attività integrandola in una più ampia rete di protezione sanitaria e sociale, in grado di attivare e supportare le risorse di pazienti e caregiver, del volontariato, del privato sociale, e più in generale della comunità.

Contesto organizzativo: l'IF/C è inserito all'interno dei servizi/strutture distrettuali e garantisce la sua presenza coerentemente con l'organizzazione regionale e territoriale (Case della Salute, domicilio, sedi ambulatoriali, sedi e articolazioni dei Comuni, luoghi di vita e socialità locale ove sia possibile agire interventi educativi, di prevenzione, cura ed assistenza). Agisce nell'ambito delle strategie dell'Azienda Sanitaria e dell'articolazione aziendale a cui afferisce, opera in stretta sinergia con la Medicina Generale, il Servizio sociale e i tutti professionisti coinvolti nei setting di riferimento in una logica di riconoscimento delle specifiche autonomie ed ambiti professionali e di interrelazione ed integrazione multiprofessionale.

Target di popolazione: L'infermiere di comunità, presente nel territorio con continuità, è di riferimento per tutta la popolazione (ad es. per soggetti anziani, per pazienti cronici, per istituti scolastici ed educativi che seguono bambini e adolescenti, per le strutture residenziali non autosufficienti, ecc...); tuttavia dato che la fragilità oggi è considerata la condizione da identificare precocemente nel modello di stratificazione del bisogno, da supportare con interventi diversificati a favore della persona e delle risorse del contesto abinale di vita e che tale condizione vincola a prevedere modalità e livelli diversi di intervento coerenti con l'intensità e le caratteristiche del bisogno, è opportuno concentrare il focus dell'IF/C su tale target identificato attraverso l'analisi dei dati epidemiologici e sociodemografici. Attraverso questo processo di stratificazione della popolazione, individuato nel Piano Nazionale per la Cronicità (Accordo Stato-Regioni del 15 settembre 2016) quale prima fase indispensabile per definire le strategie e gli interventi più appropriati di medicina di iniziativa e assistenza pro-attiva (Population Health Management, Chronic Care Model, Welfare Comunitario), i soggetti principali - Medici di medicina generale, IF/C e professionisti dell'area Sociale - possono rivolgere la loro attenzione alle fasce che presentano maggior fragilità e che possono giovare di un intervento precoce, integrato e multiprofessionale.

Viste le caratteristiche epidemiologiche e il profilo demografico nazionale, la fascia di popolazione anziana con patologie croniche, risulta essere un target preferenziale. Inoltre in particolari condizioni epidemiologiche, quale quella da COVID-19 attuale, il suo intervento può essere orientato alla gestione di un target di popolazione specifica, ad es. per il tracciamento e monitoraggio dei casi di COVID-19 coadiuvando le USCA, in collaborazione con Medici di Medicina Generale e Igiene Pubblica e nelle campagne vaccinali.

Standard di personale a risorse vigenti ex L. 77/2020: massimo 8 infermieri ogni 50.000 abitanti.

Competenze e Formazione: Le competenze richieste al IF/C sono di natura clinico assistenziale e di tipo comunicativo-relazionale. L'IF/C deve possedere capacità di lettura dei dati epidemiologici e del sistema-contesto, deve avere un elevato grado di conoscenza del sistema della Rete dei Servizi sanitari e sociali per creare connessioni ed attivare azioni di integrazione orizzontale e verticale tra servizi e professionisti a favore di una risposta sinergica ed efficace al bisogno dei cittadini della comunità. I requisiti formativi previsti sono da definire con un ordine temporale differenziato. Se da un lato si riconosce la necessità di considerare rilevante prevedere un percorso di formazione specifica con l'acquisizione di titoli accademici (ad es. master in Infermieristica di famiglia e Comunità) dall'altro occorre considerare fondamentale

avviare tempestivamente l'organizzazione dell'assistenza territoriale come indicato dalla L. 77/2020.

Si ritiene quindi necessario individuare infermieri per i quali sia possibile valorizzare l'esperienza acquisita, la motivazione e l'interesse all'ambito territoriale dell'assistenza. A titolo di esempio avere un'esperienza (almeno due anni) in ambito Distrettuale/territoriale, domiciliare o con esperienza di percorsi clinico-assistenziali (PDTA), di integrazione ospedale-territorio, di presa in carico di soggetti fragili.

Altresì si ritiene necessario avviare iniziative di formazione aziendale, sulla base di indicazioni regionali, che permettano di formare, in tempi brevi, anche con modalità blended e formazione sul campo, infermieri per questa nuova forma di attività assistenziale territoriale. Tale formazione potrà essere riconosciuta e considerata anche ai fini dell'eventuale accesso successivo a percorsi accademici.

Reclutamento del personale da adibire a IF/C: utilizzo di forme di lavoro autonomo anche di collaborazione coordinata e continuativa, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020 o alternativo utilizzo di graduatorie valide per assunzione a tempo indeterminato/determinato. Occorre favorire modalità che creino maggior stabilità nello sviluppo del modello organizzativo e permettano di valorizzare gli investimenti formativi messi in campo. Si raccomanda di adibire prioritariamente alla funzione di IF/C il personale infermieristico con elevata motivazione ed orientamento al modello di sviluppo territoriale dell'assistenza e già in possesso del profilo di competenze acquisito con master/corsi di formazione specifici o con competenze specifiche sviluppate sul campo a seguito della sperimentazione locale di modelli di presa in carico proattiva della popolazione nel territorio.

Valutazione esiti: si conviene di avviare, anche in collaborazione con la FNOPI nell'ambito del tavolo di lavoro permanente istituito con Protocollo d'intesa del 20 dicembre 2018 (18/172/CR5b/C7), un lavoro di approfondimento finalizzato ad individuare indicatori degli esiti correlati all'attività dell'IF/C.

Roma, 10 settembre 2020



APPENDICI AL TESTO

A - Il progetto Demetra: Protocollo di studio

B - Il Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010 “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore” Anni 2015-2017

C - Indice cronologico

Si riportano, di seguito, i riferimenti sitografici utili per ottenere la documentazione

A - Protocollo scientifico del Progetto Demetra

link: <https://progettodemetra.it/index.php/it/progetto-demetra>

B - Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010 “

Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore” Anni 2015-2017

link: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2814_allegato.pdf

INDICE CRONOLOGICO



LEGGE 15 MARZO 2010, N. 38 E PROVVEDIMENTI ATTUATIVI

INDICE CRONOLOGICO

PRINCIPALE NORMATIVA E DOCUMENTI DI RIFERIMENTO IN MATERIA
DI CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE

Legge 26 febbraio 1999, n. 39 – Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, recante disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000” (GU n. 48 del 27-2-1999)	191
Decreto ministeriale 28 settembre 1999 – Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative (GU n. 55 del 7-3-2000)	201
Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 20 gennaio 2000 – Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative (GU n. 67 del 21-3-2000)	203
Documento conclusivo del Comitato Ospedalizzazione Domiciliare 30 settembre 2002 “Caratterizzazione dei Servizi di Cure Domiciliari”	237
Documento della Commissione nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei LEA, anno 2006 , “Nuova caratterizzazione dell’assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio”	241
Decreto ministeriale 22 febbraio 2007, n. 43 – Regolamento recante “Definizione degli standard relativi all’assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell’articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311”	519
Accordo 27 giugno 2007 - Accordo, ai sensi dell’articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in materia di cure palliative pediatriche (Rep. Atti n. 138/CSR)	209
Accordo 20 marzo 2008 - Accordo, ai sensi dell’articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente “Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche” (Rep. Atti n. 113/CSR)	215
Decreto ministeriale 17 dicembre 2008 - Istituzione del Sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza domiciliare (<i>Flusso SIAD</i>)	533
Legge 15 marzo 2010, n. 38 - Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. (GU n. 65 del 19-3-2010)	29
Parere del Consiglio Superiore di Sanità, sez. I, del 13 luglio 2010 sulla proposta di accordo relativa a “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”: parere favorevole agli elementi contenuti nell’Accordo 16 dicembre 2010	57

Accordo 28 ottobre 2010 – Accordo tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto ridenominato “Ospedale – Territorio senza dolore” di cui all’articolo 6, comma 1, della legge 15 marzo 2010, n. 38 (Rep. Atti n. 188/CSR)	49
Accordo 16 dicembre 2010 - Accordo, ai sensi dell’art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell’ambito della rete di cure palliative e della terapia del dolore. (Rep. Atti n. 239/CSR)	65
Decreto ministeriale 4 aprile 2012 - Istituzione del Master universitario di Alta Formazione e Qualificazione in “Terapia del dolore” per medici specialisti. (GU n. 89 del 16-4-2012)	369
Decreto ministeriale 4 aprile 2012 - Istituzione del Master universitario di Alta Formazione e Qualificazione in “Cure palliative” per medici specialisti. (GU n. 89 del 16-4-2012)	375
Decreto ministeriale 4 aprile 2012 - Istituzione del Master universitario di Alta Formazione e Qualificazione in “Terapia del dolore e cure palliative pediatriche” per medici pediatri. (GU n. 89 del 16-4-2012)	381
Decreto ministeriale 4 aprile 2012 - Istituzione del Master universitario di Alta Formazione e Qualificazione in “Cure palliative e terapia del dolore” per professioni sanitarie. (GU n. 89 del 16-4-2012)	387
Decreto ministeriale 4 aprile 2012 - Istituzione del Master universitario di II livello in “Cure palliative e terapia del dolore” per psicologi. (GU n. 89 del 16-4-2012)	393
Decreto ministeriale 6 giugno 2012 - Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza erogata presso gli Hospice (<i>Flusso Hospice</i>)	561
Intesa 25 luglio 2012 - Intesa, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute, di cui all’art. 5 della legge 15 marzo 2010, n. 38, 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. (Rep. Atti n. 152/CSR)	73
Decreto ministeriale 6 agosto 2012 - Modifiche al decreto 17 dicembre 2008, recante “Istituzione del Sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza domiciliare” (<i>Modifiche flusso SIAD</i>).	539
Parere del Consiglio Superiore della Sanità, Sezione II, dell’11 dicembre 2012 sulla proposta relativa allo “Schema di accordo avente ad oggetto l’Istituzione della disciplina Cure Palliative”	253
Accordo 7 febbraio 2013 - Accordo ai sensi dell’art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla definizione delle discipline nelle quali sono conferiti gli incarichi di struttura complessa nelle Aziende sanitarie, ai sensi dell’art. 4, comma 1, del DPR 10 dicembre 1997, n. 487” – Individuazione della disciplina “Cure palliative”. (Rep. Atti n. 57/CSR)	259

Decreto ministeriale 28 marzo 2013 - Modifica ed integrazione delle Tabelle A e B di cui al decreto 30 gennaio 1998, relative ai servizi ed alle specializzazioni equipolenti. (GU n. 94 del 22.04.2013)	269
Accordo 26 settembre 2013 - Accordo ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano recante "Elenco nazionale dei Direttori di struttura complessa ai fini della composizione delle commissioni di valutazione per il conferimento degli incarichi di struttura complessa per i profili professionale della dirigenza del ruolo sanitario" (Rep. Atti n. 134/CSR)	271
Legge di stabilità 2014 - Legge 27 dicembre 2013 , n. 147 (GU n. 302 del 27-12-2013-SO n. 87) - articolo 1, comma 425	287
Accordo 10 luglio 2014 "Accordo ai sensi dell'art. 5, comma 2, della legge 15 marzo 2010, n. 38 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano di individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative, nella rete di 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)	339
Documento di aggiornamento delle Specifiche funzionali del tracciato contenente i Crediti attribuiti ai partecipanti di attività formative ECM – Commissione Nazionale Formazione continua Agenas, luglio 2014, versione 1.14 - Allegato D: codice 21-Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione. Allegato G: codice 114 - disciplina Cure palliative	433
Accordo 22 gennaio 2015 – Accordo, ai sensi dell'articolo 5, comma 2, della legge 15 marzo 2010, n. 38 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sul decreto ministeriale recante "Individuazione dei criteri per la certificazione della esperienza triennale nel campo delle cure palliative pubbliche e private accreditate, di cui alla legge 27 dicembre 2013, n. 147, comma 425". (Rep. Atti n. 1/CSR)	331
Intesa 19 febbraio 2015 - Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra Governo, Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie. (Rep. Atti n. 32/CSR)	103
Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 - Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. • allegato 1, articolo 10: Continuità ospedale-territorio	111
Decreto ministeriale 4 giugno 2015 - Individuazione dei criteri per la certificazione dell'esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate, di cui alla legge 27 dicembre 2013, n. 147, comma 425. (GU n. 150 del 1-7-2015)	289
Documento di consenso 27 giugno 2015 "Percorso integrato per la presa in carico della persona in condizioni di cronicità complesse e avanzate con bisogni di cure palliative", Conferenza di consenso, Firenze	245

Decreto del Ministro dell'Interno 23 dicembre 2015 – Modalità tecniche di emissione della Carta d'identità elettronica, art. 16: Donazione di organi e tessuti	467
Documento del Comitato nazionale per la bioetica del 29 gennaio 2016 “Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte”	497
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. (GU n. 65 del 18-3-2017, SO n.15)	115
<ul style="list-style-type: none"> • art. 15 Assistenza specialistica ambulatoriale e nomenclatore prestazioni Allegato 4; • art. 21 Percorsi assistenziali integrati; • art. 23 - Cure palliative domiciliari; • art. 31 - Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita; • art. 38 - Ricovero ordinario per acuti. 	
Legge 22 dicembre 2017, n. 219 - Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.	473
Decreto ministeriale 23 marzo 2018 - Modifica al DM del 30 gennaio 1998 e successive modificazioni recante le Tabelle relative alle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale. (GU n. 83 del 10 aprile 2018 - pag. 116)	277
Decreto ministeriale 21 novembre 2018 - Aggiornamento dei codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere. (GU n. 38 del 14 febbraio 2019)	301
Determina AIFA 22 novembre 2018 - Inserimento nuovo elenco per uso consolidato relativo ai farmaci per le cure palliative in pediatria istituito ai sensi dell'articolo 1, comma 4, del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648, erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale. (Determina n. 128842/2018). (GU n. 281 del 03.12.2018, pag. 36)	507
Determina AIFA 22 novembre 2018 . Inserimento nuovo elenco per uso consolidato relativo a farmaci per le cure palliative nell'adulto istituito ai sensi dell'articolo 1, comma 4, del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648, erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale. (Determina n. 128843/2018). (GU n. 281 del 03.12.2018, pag. 48)	511
Legge 30 dicembre 2018, n. 145 - Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021, articolo 1, comma 522	293
Accordo 20 giugno 2019 - Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante “Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria aggiornato all'anno 2018 – Regole tecniche”, di cui all'articolo 9, comma 2 dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016. (Rep. Atti 103/CSR)	581
Documento di aggiornamento delle Specifiche funzionali del tracciato contenente i Crediti attribuiti ai partecipanti di attività formative ECM – Sistema di accreditamento dei provider in Educazione Continua in Medicina (ECM) della Commissione Nazionale Formazione continua Agenas, dicembre 2018, versione 1.18: Allegato D: codice 21 - Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione. Allegato G: codice 114 - disciplina Cure palliative.	439

Documento del Comitato nazionale per la bioetica 18 luglio 2019 “Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito”	501
Quesiti e risposte istituzionali sul riconoscimento dell’esperienza in CP (agosto-settembre 2019)	307
<ul style="list-style-type: none"> • Nota SSR Emilia Romagna-ASL Bologna al Ministero della salute, Direzione generale delle professioni sanitarie (DGPROF): Richiesta chiarimenti in ordine alla partecipazione ai concorsi pubblici nella disciplina di “Cure palliative” (Prot. 0089210 del 01/08/2019) • Nota di risposta Ministero della salute, DGPROF (Prot. n. 0046775 del 23/09/2019) • Nota Regione Lombardia-ASST Lecco al Ministero della salute, Direzione generale della DGPROF: Quesito in ordine all’inquadramento dei medici palliativisti dipendenti della ASST di Lecco assegnati alla UOC cure Palliative – Dipartimento della Fragilità/Rete locale di Cure Palliative assunti in data antecedente l’istituzione della “Disciplina Cure Palliative” (Prot. n. 0036082/19U1.4.3 del 02/08/2019) • Nota di risposta del Ministero della salute, DGPROF (Prot. n.0047184 del 25/09/2019) 	
Decreto ministeriale 10 dicembre 2019, n. 168 - Regolamento concernente la banca dati nazionale destinata alla registrazione delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT)	479
Patto per la salute 2019-2020 - Intesa 18 dicembre 2019 – Intesa, ai sensi dell’ articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Patto per la salute per gli anni 2019-2021 (Rep. Atti n.209/CSR), scheda 8: Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale	135
Decreto legge 30 dicembre 2019, n. 162, coordinato con la legge di conversione 28 febbraio 2020, n. 8 , recante “Disposizioni urgenti in materia di proroga di termini legislativi, di organizzazione delle pubbliche amministrazioni, nonché di innovazione tecnologica” (G.U. n. 59 del 29 febbraio 2020):	281
<ul style="list-style-type: none"> • l’articolo 5, comma 4 • l’articolo 25, comma 4 quinquies • l’articolo 25, comma 4-sexies 	
MIUR Documento del 10 gennaio 2020 n. 512 - Programma per l’insegnamento/ apprendimento delle cure palliative (CP) e della terapia del dolore (TD) nei corsi di laurea in medicina e chirurgia, scienze infermieristiche, psicologia, servizio sociale e Allegati:	401
<ul style="list-style-type: none"> • Decreto istituzione gruppo di lavoro; • Mozioni delle Conferenze Permanenti; • Tabelle con l’indicazione delle competenze specifiche; • Osservazioni e proposte in merito ai SSD -Settori scientifici disciplinari; • Esempi di percorsi formativi nei CdL- Corsi di laurea 	
Circolare del Ministero dell’Interno 31 gennaio 2020, n. 2 - Decreto del Ministro della salute 10 dicembre 2019, n. 168, recante “Regolamento concernente la banca dati nazionale destinata alla registrazione delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT)”. Indicazioni tecnico-operative	487

Intesa 9 luglio 2020 – Intesa ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 sul documento “Definizione di profili formativi omogenei per le attività di volontariato nell’ambito delle reti di cure palliative e di terapia del dolore ai sensi dell’articolo 8, comma 4, della legge 15 marzo 2010, n. 38” (Rep. Atti n. 103/CSR)	451
Accordo 9 luglio 2020 - Accordo, ai sensi dell’articolo 9, comma 2 dell’intesa del 10 luglio 2014, atto Rep. N. 82 CSR, concernente il nuovo patto per la salute per gli anni 2014-2016, sul documento recante “Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria aggiornato all’anno 2019 – Regole tecniche”. (Rep. Atti 101/CSR)	585
Decreto rilancio - DL 19 maggio 2020, n. 34 - Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID -19 (GU n. 128 del 19-5-2020 SO n. 21), articolo 1, comma 4	427
Legge 17 luglio 2020, n. 77 recante “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID – 19”	145
• articolo 5 ter: Istituzione della Scuola di specializzazione in medicina e cure palliative - testo del DL 19.5.2020 n. 34 coordinato con L 77/2020 (GU n. 180 del 18-07-2020 – SO n. 25)	
Accordo 27 luglio 2020 - 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)	151
Accordo 27 luglio 2020 - Accordo ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38, sul documento “Accreditamento delle reti di terapia del dolore” (Rep. Atti n. 119/CSR)	173
Documento approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome il 10 settembre 2020 recante “Linee di indirizzo Infermiere di famiglia/comunità ex L. 17 luglio 2020, n. 77”	591
Legge 30 dicembre 2020, n. 178 – Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021 – 2023 (GU n. 322 del 30-12-2020 – SO n. 46/L)	293



Ministero della Salute