

<input type="checkbox"/>	/_/_/_/	nell'hospice	(specificare)
<input type="checkbox"/>	/_/_/_/	nell'hospice	(specificare)
<input type="checkbox"/>	/_/_/_/	nell'hospice	(specificare)
<input type="checkbox"/>	/_/_/_/	nell'hospice	(specificare)

7. Quale è la tariffazione prevista per il ricovero in Hospice (tariffa giornaliera)?

- Non è stato stabilito un sistema tariffario regionale
- E' stato stabilito un sistema tariffario regionale che prevede, per il ricovero in Hospice pediatrico, un importo di /_/_/_/_/_/ euro/die

8. Il/I Centro/i di riferimento è attualmente dotato di una equipe specifica e dedicata alla gestione delle CPP e del dolore nel bambino?

- sì (in caso di più centri tutti i centri sono tutti dotati di una equipe dedicata)
- sì, ma avendo più centri, meno del 20% ha una equipe dedicata
- sì, ma avendo più centri, il 25-50% ha una equipe dedicata
- sì, ma avendo più centri, il 50-75% ha una equipe dedicata
- no

9. Quanti operatori sono dedicati in modo specifico alla rete regionale di terapia del dolore e CPP nella vostra Regione?

Medici a tempo pieno /_/_/_/_/

Medici a tempo parziale /_/_/_/_/

Infermieri a tempo pieno /_/_/_/_/

Infermieri a tempo parziale /_/_/_/_/

Psicologi a tempo pieno /_/_/_/_/

Psicologi a tempo parziale /_/_/_/_/

10. La rete regionale di terapia del dolore e CPP è attualmente attiva per la presa in carico/gestione dei minori che necessitano di CPP e di terapia antalgica specialistica?

- no
- sì, copre meno del 25% del territorio regionale
- sì, copre circa il 50% del territorio regionale
- sì, copre circa il 75% del territorio regionale
- sì, copre il 100% del territorio regionale

11. Quanti bambini sono stati seguiti nel 2010 dalla rete regionale di terapia del dolore e CPP?

/_/_/_/_/_/ per le cure palliative pediatriche

/_/_/_/_/_/ per la terapia del dolore

12. Quanti bambini sono stati ricoverati nel/negli Hospice pediatrico/i nel 2010 e quale la durata media (in giorni) di ricovero? (In caso di più Hospice specificare il numero per ciascuna struttura)?

/_/_/_/_/_/ Hospice di _____ Durata media di ricovero /_/_/_/_/_/

/_/_/_/_/_/ Hospice di _____ Durata media di ricovero /_/_/_/_/_/

/_/_/_/_/_/ Hospice di _____ Durata media di ricovero /_/_/_/_/_/

/_/_/_/_/_/ Hospice di _____ Durata media di ricovero /_/_/_/_/_/

13. Quanti Bambini sono deceduti nel 2010, a domicilio, in hospice ed in ospedale sul totale dei bambini presi in carico per le CPP dalla rete Regionale di terapia del dolore e CPP?

a domicilio /_/_/_/_/

in Hospice /_/_/_/_/

in Ospedale /_/_/_/_/

14. Se attivata la rete di terapia del dolore e CPP, è stata garantita informazione agli operatori sanitari sulla istituzione della Rete e sulle modalità di accesso?

si

no

15. Sono stati realizzati dalla Regione dei percorsi formativi specifici (ECM), per il personale sanitario sulle cure palliative e sulla terapia del dolore nel paziente pediatrico?

si

no

16. Se si, per quante ore e quanti professionisti hanno partecipato? (ripetete la risposta per ogni evento formativo specificando se sulla terapia del dolore o sulle CPP)

evento su _____ ore /_/_/_/_/ N. di partecipanti /_/_/_/_/

evento su _____ ore /_/_/_/_/ N. di partecipanti /_/_/_/_/

evento su _____ ore /_/_/_/_/ N. di partecipanti /_/_/_/_/

evento su _____ ore /_/_/_/_/ N. di partecipanti /_/_/_/_/

evento su _____ ore /_/_/_/_/ N. di partecipanti /_/_/_/_/

evento su _____ ore /_/_/_/_/ N. di partecipanti /_/_/_/_/

17. Se attivata la rete di terapia del dolore e CPP, è stata garantita informazione ai cittadini sulla istituzione della Rete e sulle modalità di accesso?

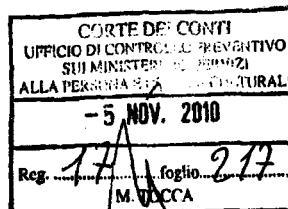
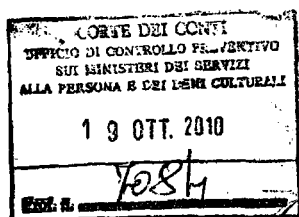
si

no

Eventuali osservazioni finali

Se si ritiene, indicare brevemente eventuali osservazioni

Data /_/_/ /_/_/

ALLEGATO 2: DECRETO ISTITUZIONE UFFICIO XI

Ministero della Salute

IL MINISTRO

VISTA la legge 23 agosto 1988, n. 400 e, in particolare, l'art. 17, comma 4-bis lettera e), introdotto dall'art. 23 della legge 15 marzo 1997, n. 59;

VISTO il decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la legge 13 novembre 2009, n. 172, che istituisce il Ministero della salute scorporandolo dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, ed in particolare l'art. 1, comma 7, il quale, fino alla data di entrata in vigore dei nuovi provvedimenti di riordino, fa salvi i regolamenti di organizzazione previgenti;

VISTO il decreto del Presidente della repubblica 28 marzo 2003, n. 129, pubblicato nella gazzetta ufficiale della repubblica italiana del 6 giugno 2003, n. 129, recante norme di organizzazione del Ministero della salute;

VISTO il decreto del Ministro della salute 12 settembre 2003, pubblicato nella gazzetta ufficiale della repubblica italiana del 4 novembre 2003, n. 256, come modificato dal decreto del Ministro della salute 23 giugno 2004, pubblicato nella gazzetta ufficiale della repubblica italiana del 17 agosto 2004, n. 192 e dal decreto del Ministro della salute del 14 dicembre 2006, pubblicato nella gazzetta ufficiale della repubblica italiana del 13 febbraio 2007, n. 36, con il quale, ai sensi delle richiamate disposizioni legislative, sono stati individuati gli uffici dirigenziali del Ministero della salute;

VISTO l'art. 1, lett. a-), del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 185, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2004, n. 138, con il quale è stato istituito il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM);

VISTO il decreto ministeriale 1° luglio 2004, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 9 agosto 2004, n. 185, concernente l'organizzazione del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), di cui all'art. 1, lett. a), del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 185, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2004, n. 138;

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 2006, n. 189, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana 22 maggio 2006, n. 117, di modifica del decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 2003, n. 129 in conformità alle disposizioni di cui al decreto-legge 1° ottobre 2005, n. 202;

VISTO il decreto ministeriale 17 giugno 2006, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 16 agosto 2006, n. 189, concernente l'istituzione del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (Si Ve As) di cui all'art. 1, comma 288, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

VISTO il decreto ministeriale 20 gennaio 2009, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 9 luglio 2009, n. 157, con il quale, a modifica del citato decreto del Ministro della salute 12 settembre 2003, sono state istituite le unità territoriali di Bergamo-Orio al Serio e Napoli-Capodichino;

VISTA la legge 15 marzo 2010, n. 38, recante disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, ed i nuovi compiti attribuiti in materia al Ministero della salute dagli articoli 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 e 11;

RILEVATO, in particolare, che l'art. 9 della legge 15 marzo 2010, n. 38, 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;

CONSIDERATO che, in base all'attuale ordinamento, tale competenza è incardinata presso la Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, dove la materia - nei limiti delle competenze precedentemente attribuite al Ministero della salute - forma già oggetto di incarico dirigenziale non generale ex art. 19, comma 10, d.lgs. n. 165 del 2001;

RAVVISATA l'esigenza che, in relazione ai nuovi compiti, sia creata una apposita posizione dirigenziale non generale in grado di gestire le necessarie risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente;

CONSIDERATA, dunque, la necessità di adeguare con urgenza il contenuto del citato decreto del Ministro della salute 12 settembre 2003 e successive modifiche ed integrazioni, al fine di rendere effettive le previsioni della legge n. 38 del 2010, di tutela del diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore, anche nelle more del processo di riordino del Ministero, attualmente in corso, e ferme rimanendo le riduzioni degli assetti organizzativi previste all'art. 74, comma 1, lett. a), del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112 convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2008, n. 133 e all'articolo 2, comma 8bis, del decreto legge 30 dicembre 2009, n. 194 convertito con modificazioni dalla legge 26 febbraio 2010, n. 25;

RITENUTO di dover assicurare, anche nelle more del riordino in atto, l'invarianza di spesa relativamente alla nuova posizione dirigenziale istituita, mediante soppressione di un corrispondente posto di funzione dirigenziale all'interno della stessa Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema;

CONSIDERATO, pertanto, necessario apportare ulteriori modifiche migliorative al citato decreto ministeriale 12 settembre 2003 e successive modifiche ed integrazioni;

SENTITE le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative,

DECRETA

ARTICOLO 1

1. All'art. 2, comma 1, del decreto del Ministro della salute 12 settembre 2003 e successive modificazioni, come in particolare integrato dal decreto del Ministro della salute 14 dicembre 2006, dopo l'ufficio X è aggiunto il seguente:

"Ufficio XI - *Monitoraggio per le cure palliative e per la terapia del dolore*: Monitoraggio per le cure palliative e per la terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative; supporto alle attività del Ministero per la tutela dell'accesso dei cittadini alle cure palliative e alla terapia del dolore ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38."

2. All'art. 2, comma 3, del decreto del Ministro della salute 12 settembre 2003 e successive modificazioni ed integrazioni, le parole: "nel numero di quattro" sono sostituite dalle parole: "nel numero di tre".

ARTICOLO 2

1. L'attuazione del presente decreto avviene nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili in base alla normativa vigente e, nelle more dell'individuazione delle nuove posizioni dirigenziali che scaturiranno dai provvedimenti di cui all'art. 1, comma 8, ultimo capoverso, della legge 13 novembre 2009, n. 172, non comporta nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato anche con riferimento alla retribuzione di posizione relativa all'incarico.

Il presente decreto sarà trasmesso alla Corte dei conti per la registrazione e successivamente pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 23 SET. 2010

IL MINISTRO

MINISTERO DELLA SANITÀ
DIREZIONE GENERALE DEL PERSONALE, ORGANIZZAZIONE E BILANCIO
Ufficio di viale della Sanità, Roma

Avviso di deposito del decreto n. 3 del 23 settembre 2010

Si dichiara che la presente legge è stata approvata il 3 settembre 2010
e pubblicata nella Gazzetta Ufficiale.

esente da tasse

esente da tasse
Incentivata

ed ammonito circa la responsabilità di cui è tenuto a rispondere in caso di esibizione di atti falsi e contraffatti dai suoi più responsabili a verità

ROMA, 30/11/2010

COORDINATORE
SETTORIALE PER LE ATTIVITÀ DI ORGANIZZAZIONE
DIREZIONE GENERALE DEL PERSONALE E ORGANIZZAZIONE
Dot. MALESTRIERI Angelo
Maletstrieri

UFFICIO CENTRALE DEL BILANCIO
presso il MINISTERO DELLA SANITÀ
Preso nota al 4.655
nel Registro "Visti Semplici"
Roma, 11/11/2010

IL DIRETTORE

ALLEGATO 3: SCHEMA DI INTESA SUL DOCUMENTO DEI REQUISITI MINIMI PER L'ACCREDITAMENTO DELLE RETI ASSISTENZIALI DI CURE PALLIATIVE E DI TERAPIA DEL DOLORE.



Ministero della Salute

SCHEMA DI INTESA TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUI REQUISITI MINIMI E LE MODALITA' ORGANIZZATIVE NECESSARI PER L'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE DI ASSISTENZA AI MALATI IN FASE TERMINALE E DELLE UNITA' DI CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE.

VISTI gli articoli 2, comma 2, lettera 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 il Governo e le Regioni in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze;

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 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 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”;

VISTO l'accordo tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome sul documento di linee-guida inerente il progetto “Ospedale senza dolore” del 24 maggio 2001;

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 n. 38 del 15 marzo 2010 “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”, ed in particolare l'articolo 5, comma 3, che ha previsto, 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, di definire 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;

VISTO il DM 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;

VISTO l'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 2007e 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;

CONSIDERATO 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;

VISTA la proposta di intesa trasmessa dal Ministero della salute il ...

ACQUISITO il parere favorevole della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province Autonome di Trento e Bolzano nella seduta del...

Sancisce la seguente intesa tra il Ministro della salute, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano

Premesso che:

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

La legge del 26 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 tematiche 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 pediatriche.

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 a 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 intesa 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.

tra il Ministro della salute, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano si conviene che:

in attuazione dell'art. 5 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 recante la "definizione dei requisiti e le modalità organizzative necessarie per lo sviluppo della rete di cure palliative, della rete di terapia del dolore e della rete pediatrica" al fine di garantire assistenza qualitativa e quantitative omogenea su tutto il territorio nazionale.