

Introduzione

L'edizione 2014 del Rapporto al Parlamento presenta un profondo cambiamento nell'analisi del percorso attuativo della Legge 38/2010.

Negli scorsi anni è stato dato un ampio spazio a chi vive giornalmente, con la propria professionalità, i successi e le difficoltà determinati dall'operare nel campo delle cure palliative, della terapia del dolore e delle cure palliative e della terapia del dolore pediatrica, al fine di poter assicurare, così come ricordato all'art. 1 della legge 38/2010 *"...il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore"*.

Si è voluto così dare piena attuazione all'art. 11 della Legge 38 che recita *"Il Ministro della salute 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"*, indagando in modo specifico:

- a) i dati relativi alla prescrizione e all'utilizzazione di farmaci nella terapia del dolore, e in particolare dei farmaci analgesici oppioidi;
- b) lo sviluppo delle due reti, con enfasi sulla 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.

Per rendere possibile il monitoraggio previsto, il secondo comma dell'articolo 11 prevede che *"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"*.

Il supporto offerto dal cruscotto informativo sviluppato dalla Direzione Generale del Sistema Informativo del Ministero della Salute ha consentito di approfondire, per ciascuna Regione, il livello di implementazione delle reti nei vari ambiti assistenziali.

In tale prospettiva, seguendo l'articolato della legge 38/2010, si è cercato di effettuare un'analisi puntuale degli obiettivi raggiunti e delle criticità ancora irrisolte, e di avanzare proposte per il loro superamento.

1. Art. 1 “la presente legge tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore”

1.1 Analisi della tutela giuridica del cittadino ad accedere alle reti assistenziali di cure palliative e di terapia del dolore (a cura di Cittadinanzattiva/Tribunale dei diritti del malato)

La legge 38 del 2010, “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore” rappresenta a livello mondiale una legge-modello sul tema; i suoi contenuti sono il frutto anche dell’impegno di organizzazioni finalizzate alla tutela dei diritti e della dignità delle persone in ambito sanitario. Si conferisce la piena legittimità al “diritto a non soffrire inutilmente” per il quale molte organizzazioni di cittadini e pazienti, insieme a numerosi professionisti motivati si sono battuti fortemente, contrastando quell’idea e quella concezione del dolore e della sofferenza come componente ineludibile della malattia, da accettare in quanto tale, fino a rassegnarsi alla sopportazione. La legge 38/2010 recepisce e formalizza quanto disposto dalla Carta dei diritti sul dolore inutile promossa dal Tribunale per i diritti del malato – Cittadinanzattiva , nel 2005:

- 1) diritto a non soffrire inutilmente: ciascun individuo ha diritto a vedere alleviata la propria sofferenza nella maniera più efficace e tempestiva possibile;
- 2) diritto al riconoscimento del dolore: tutti gli individui hanno diritto ad essere ascoltati e creduti quando riferiscono del loro dolore;
- 3) diritto di accesso alla terapia del dolore: ciascun individuo ha diritto ad accedere alle cure per alleviare il proprio dolore;
- 4) diritto ad una assistenza qualificata: ciascun individuo ha diritto a ricevere assistenza al dolore, nel rispetto dei più recenti e validati standard di qualità;
- 5) diritto ad una assistenza continua: ogni persona ha diritto a veder alleviata la propria sofferenza per continuità ed assiduità, in tutte le fasi della malattia;
- 6) diritto ad una scelta libera ed informata: ogni persona ha diritto a partecipare attivamente alle decisioni sulla gestione del proprio dolore;
- 7) diritto del bambino, dell’anziano e dei soggetti che non hanno voce: i bambini, gli anziani ed i soggetti che “non hanno voce” hanno lo stesso diritto a non provare dolore inutile;
- 8) diritto a non provare dolore durante gli esami invasivi e non: chiunque debba sottoporsi ad esami diagnostici, in particolare quelli invasivi, deve essere trattato in maniera da prevenire eventi dolorosi.

Dalla pubblicazione della legge in Gazzetta Ufficiale il dolore e la sofferenza devono essere considerati, riconosciuti, trattati, per limitarne l'impatto sulla qualità di vita e per restituire dignità alla persona. Si impegna tutto il sistema sanitario nella lotta contro il dolore inutile e contro la sofferenza, attraverso l'introduzione del diritto di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore in ordine a momenti e fasi dell'esistenza umana, connessi alla convivenza con malattie croniche-degenerative, a condizioni protratte di sofferenza e di dolore, riconoscendo l'importanza del mantenimento dell'autonomia e della qualità di vita della persona. La legge consolida in tal modo la portata del diritto alla salute sancito dall'art. 32 della Costituzione inteso non solo quale tutela individuale, ma anche come impegno dello Stato nella realizzazione di un sistema improntato alla solidarietà verso tutti i cittadini in generale e i soggetti fragili in particolare. In tal senso e con questo significato va interpretato il richiamo di cui all'art. 1 al "cittadino" nonché l'inserimento nei Livelli Essenziali di Assistenza (art. 1, comma 2) con le garanzie di equità e universalità di accesso. Viene, in questo senso, a rinnovarsi la centralità della persona come fulcro dell'ordinamento giuridico articolata nel rispetto dell'autonomia - nella legge si parla di "cura attiva e totale" - nel riconoscimento dei bisogni di salute, nell'equità come criterio di accesso all'assistenza, alla qualità delle cure e della loro appropriatezza (art. 1 comma 2) con riferimento agli art. 2, 3 e 32 della Costituzione.

Con la Legge si costruisce, in modo specifico e concreto, un corpus di diritti e di regole.

In primis, il riferimento al cittadino (art. 1, comma 1 e 3) risulta importante in merito al fatto che la possibilità di avvalersi degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali non è circoscritta solo al soggetto personalmente provato dalla patologia, ma si estende anche a coloro che per ragioni affettive, basate su un vincolo familiare in senso ampio, risentano della situazione e quindi alla famiglia, costruendo una rete di sostegno alla persona più ampia e in alcuni casi determinante per la gestione della malattia.

La portata della normativa, inoltre, non circoscrive o delinea particolari categorie di malati, né limita i tempi o le fasi patologiche di accesso. Anche il testo dell'Intesa raggiunta tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 25 luglio 2012 non prevede restrizioni, ma fa riferimento al miglioramento della qualità della vita delle persone affette da dolore, a prescindere dalla sua eziopatogenesi e con particolare riguardo alla loro reintegrazione nel contesto sociale e lavorativo. La protezione vede tra i beneficiari più soggetti, predisponendo il sostegno sia nel caso di malattie caratterizzate da una inarrestabile evoluzione e da una prognosi

infausta, sia per situazioni che necessitano di controllo e di soppressione del dolore (il malato è anche la *“persona affetta da una patologia dolorosa cronica da moderata a severa”*, art. 2).

In terzo luogo, la normativa si caratterizza come disciplina che crea un *“nuovo tipo di prestazioni”* del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), essendo esplicitamente diretta a garantire l’accesso alle cure palliative e di terapia del dolore. Tale richiamo ha due conseguenze: la prima in merito alla finalità di cui all’art. 3 della Costituzione in cui si esplicita, quale compito della Repubblica italiana, la rimozione degli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della persona umana; la seconda, nella creazione di un vero e proprio diritto di accesso e quindi di *“pretesa giuridicamente azionabile”* da parte del cittadino nei confronti dello Stato e delle Regioni.

La tutela giuridica e, quindi, i diritti riconosciuti ai cittadini sono ancorati all’art. 1 della legge, in cui il riferimento a principi fondamentali risulta evidente dal richiamo al rispetto alla dignità della persona, alla soddisfazione dei bisogni di salute, all’equità (artt. 2, 3 e 32 della Costituzione) – ma anche dall’art. 3 comma 1 in cui si stabilisce che la terapia del dolore e le cure palliative sono *“obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale (PSN)”*. L’art. 3 comma 4 stabilisce che l’applicazione di tale legge costituisce adempimento regionale ai fini dell’accesso al finanziamento integrativo del SSN a carico dello Stato, riconoscendone la priorità rivestita nel Servizio Sanitario. Ciò ha rilevanza sia per il mancato accesso alle prestazioni, sia in ordine alla non adeguatezza e appropriatezza dei percorsi e alla organizzazione dei servizi al livello regionale.

L’introduzione di una norma che riconosce il diritto a non soffrire inutilmente cambia lo scenario di riferimento e conferisce valore giuridico all’esigenza del paziente di ottenere una assistenza adeguata. In precedenza, in mancanza di una normativa esplicita, sussistevano obblighi soprattutto di ordine deontologico che individuavano doveri ma non responsabilità. Ad esempio l’art. 3 del Codice di deontologia medica stabilisce che è un dovere del medico il sollievo della sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona; lo stesso dicasi per il codice infermieristico che agli artt. 34 e 35 riconosce all’infermiere un ruolo attivo per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza e riconosce l’importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.

Con la definizione del diritto di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore si conferisce una maggiore *“forza giuridica”* alla necessità di garantire assistenza in questo ambito, con effetti diversificati in capo agli enti regionali, alle aziende sanitarie e agli operatori sanitari. Ecco dunque che la sofferenza inutile costituisce un danno ingiusto che può essere risarcito in tutta l’articolazione possibile: non solo come danno patrimoniale, ma anche come danno non

patrimoniale (nelle sue forme di danno biologico, morale ed esistenziale) in quanto l'interesse leso, cioè la salute, ha copertura e riconoscimento costituzionale.

A questo proposito, può essere utile ricordare alcune sentenze della Corte di Cassazione che, in materia di responsabilità sanitaria, hanno puntualizzato come debba essere garantita la possibilità di conservare una migliore qualità della vita e sia compito del medico quello di alleviare il dolore.

In ambito civile (Corte di Cassazione, sez. III Civile, n. 7195/2014; Cass., sez. III Civile, n. 23846/08), si fa riferimento esplicito alla necessità di accesso a interventi di carattere palliativo su processi morbosi già irreversibili e quindi non eliminabili, né in alcun modo guaribili, dando così rilevanza alle prestazioni dirette ad attenuare il dolore e a mettere il paziente nella condizione di programmare veramente "il suo essere persona" (cfr. Cass. Sez. III Sent. n. 23846/2008). Anche nel settore penale, si rintraccia una giurisprudenza in tal senso: il rifiuto di accedere al domicilio di un paziente terminale di cancro i cui famigliari avevano chiesto un intervento urgente finalizzato ad alleviare le sofferenze del congiunto configura il reato di omissione di ufficio (Cass. Pen. 27 giugno 2000 n. 10445).

La normativa contiene, al di là dei principi, alcuni "pilastri" specifici che ne costituiscono l'ossatura e vanno a determinare specifici "diritti" in favore dei cittadini.

1. L'accesso alle prestazioni di carattere diagnostico e terapeutico. Esse devono trovare adeguata attuazione sotto il profilo economico in un quadro "omogeneo di livelli di intervento" e quale obiettivo prioritario nazionale (artt. 5, 6 e 12) e soprattutto con l'impegno di stanziamenti economici chiari ed effettivi. Ne è una evidenza la sentenza della Corte Costituzionale n. 115 del 2012, che chiarendo la natura di LEA (Livello Essenziale di Assistenza), pronuncia l'illegittimità costituzionale della norma di copertura finanziaria della legge del Friuli Venezia Giulia, ritenendola contraria al principio di cui all'art. 81 quarto comma della Costituzione. L'art. 15 censurato si limitava, infatti, a ricondurre le eventuali spese derivanti dalla nuova normativa, a già stanziare ed individuare unità del bilancio regionale, omettendo però del tutto la quantificazione preventiva degli oneri derivanti dalle nuove disposizioni; la dimostrazione della sufficienza delle partite di bilancio già stanziare anche per le nuove spese; la previsione espressa ed analitica delle riduzioni delle precedenti autorizzazioni, in quanto idonee a compensare esattamente gli oneri indotti dalla nuova previsione legislativa. Da tale pronuncia si rileva la necessità di un effettivo impegno nell'organizzazione dei servizi e nell'erogazione delle prestazioni.

2. La semplificazione delle procedure di accesso ai farmaci. I farmaci sono considerati presidi necessari e funzionali ad assicurare il rispetto della dignità e della autonomia della persona (art.

10). A questo fine è riconosciuto il diritto del cittadino ad essere facilitato nelle procedure di accesso al farmaco, all'identificazione del personale e dei soggetti abilitati alla prescrizione, a non dover essere sottoposto a trafile inutili e confuse.

3. Il diritto ad una assistenza adeguata, appropriata, multidimensionale e multidisciplinare. Viene riconosciuto questo diritto nella sua globalità, facendo riferimento ai soggetti e alle prestazioni richiamati nell'art. 2 della legge. Si estende dunque il diritto al trattamento del dolore anche per le prestazioni inerenti gli esami diagnostici invasivi, ecc. Il diritto all'assistenza e al trattamento del dolore non è limitata solo a strutture specializzate (ad esempio gli hospice, centri di terapia del dolore) ma anche presso il domicilio della persona malata; più in generale in tutte le strutture sanitarie e per tutte le prestazioni. Nell'erogazione delle terapie del dolore e della palliazione si presuppone l'intervento coordinato di più figure professionali, ciascuna con competenze differenti.

4. Gli obblighi di diligenza, di attenzione e di perizia in questo ambito devono essere assicurati allo stesso modo di altre prestazioni sanitarie. Tali doveri trovano conforto non solo nel richiamo alla formazione del personale sanitario (art. 8), ma anche nell'art. 7 dove sussiste l'obbligo di riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica. Tale articolo impone di riportare *"all'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, (...) le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito"*. Quest'ultimo obbligo ha particolare rilevanza in quanto la cartella clinica non ha solo una funzione rappresentativa di fatti o di circostanze accadute o verificate, né si sostanzia in una mera attività di documentazione, ma riveste un ruolo non secondario sul piano prognostico ed operativo (Cass. civ., 26 gennaio 2010, n. 1538, in Resp. civ., 2010, 4, 312, ha così affermato che *"in tema di responsabilità professionale del medico, le omissioni nella tenuta della cartella clinica al medesimo imputabili rilevano sia ai fini della figura sintomatica dell'inesatto adempimento, per difetto di diligenza, in relazione alla previsione generale dell'art. 1176, secondo comma, cod. civ., sia come possibilità di fare ricorso alla prova presuntiva, poiché l'imperfetta compilazione della cartella non può, in linea di principio, tradursi in un danno nei confronti di colui il quale abbia diritto alla prestazione sanitaria"*). La mancata o inesatta rilevazione del dolore ed erogazione delle cure e dell'assistenza al malato potrebbe quindi configurare una violazione del dovere generale di diligenza.

5. Il dovere di informazione sulla esistenza di presidi atti a ridurre e controllare il dolore nonché sulle strutture che erogano cure palliative, è rintracciabile in tutto il testo normativo ma anche dalla specifica predisposizione di campagne informative e di sensibilizzazione, nonché dalle norme sulla formazione degli operatori. Si tratta di un diritto fondamentale ormai consolidato nel nostro ordinamento e che in questo ambito riveste particolare importanza.

Nonostante il quadro normativo definito dalla legge 38/10 e le successive disposizioni in sede di Conferenza Stato-Regioni, le sentenze della Corte Costituzionale e della Corte di Cassazione finora illustrate, la piena esigibilità del diritto non è ancora assicurata. E' ormai noto nel nostro Paese che per garantire i diritti alla persona la legge da sola non basta e gli strumenti per far rispettare "quanto ci spetta" non sono solo quelli giudiziari. E' per questo che il Tribunale per i diritti del malato mette in atto una tutela integrata, che accanto alle azioni di natura legale (da utilizzare in modo razionale e appropriato come il SSN), propone e promuove attività che favoriscono e affermano i diritti senza dover ricorrere alle aule dei Tribunali, per coercizione, ma in maniera costruttiva e basandolo sulle evidenze dei cittadini (monitoraggi, valutazioni), sulla partecipazione e sull'empowerment dei cittadini.

2. Art. 2 "definizioni"

2.1 Qualità nelle cure

L'Organizzazione mondiale della sanità definisce le cure palliative 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 cure palliative affermano il valore della vita, considerando 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 e supportano la famiglia a convivere con la malattia ed elaborare, in seguito, la morte del proprio congiunto.

Ogni paziente è una persona con una sua storia, una sua cultura e delle specifiche relazioni, e merita rispetto in quanto individuo. Il rispetto include le erogazioni delle migliori cure sanitarie disponibili e la possibilità di utilizzare tutte le scoperte scientifiche possibili degli ultimi anni.

Le cure palliative, per dare una risposta ai bisogni del malato e della famiglia, incluso il supporto durante il lutto, richiedono l'intervento integrato in équipe di diverse figure professionali competenti: medici, infermieri, fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali.

E' essenziale poter dare a ciascun paziente la possibilità di ricevere cure di elevata qualità e di morire in modo dignitoso, senza dolore, rispettando il principio di autonomia del malato e la considerazione dei valori etici e delle usanze sociali delle persone che affrontano una grave malattia. Di conseguenza il coinvolgimento dei pazienti nelle scelte che riguardano la cura della loro malattia rappresenta uno degli obiettivi principali dell'operato di chi somministra le cure palliative.

Avvicinarsi alla fine della vita è un evento intensamente personale, molto impegnativo sia dal punto di vista fisico che emotivo.

I pazienti e le loro famiglie spesso necessitano di tipologie di aiuto particolarmente rapidi durante questa fase e l'assistenza sanitaria deve dare una pronta risposta adeguandola ai loro bisogni.

Ciò comprende l'assicurare l'adeguato controllo del dolore e dei suoi sintomi, il conforto e sostegno psicologico, una chiara informazione, una offerta assistenziale coordinata e appropriata e una comunicazione fortemente empatica.

Comunicare con i propri assistiti è uno dei momenti più importanti e qualificanti della relazione terapeutica e il livello di complessità della comunicazione aumenta notevolmente in relazione alla pervasività di emozioni negative, paure e ansie, collegate all'esperienza di malattia, alle difficoltà proprie del contesto, mancanza di spazi adeguati, interruzioni continue, e spesso, non ultimo la non adeguata preparazione degli operatori sanitari alla valorizzazione e utilizzo della comunicazione come strumento terapeutico.

In oncologia, l'interesse per la comunicazione nasce dalla necessità di gestire la trasmissione di cattive notizie e i contenuti intensi di sofferenza e morte, esplicitamente o implicitamente presenti nell'interazione con pazienti e familiari.

Studi sperimentali hanno dimostrato come una comunicazione efficace ha effetti positivi su sintomi ed effetti collaterali, influenza la compliance al trattamento e l'adesione alle raccomandazioni terapeutiche producendo effetti sul benessere emozionale dei pazienti contribuendo alla soddisfazione sia del paziente che dell'operatore sanitario.

I pazienti assistiti con sollecitudine, in un rapporto empatico con gli operatori sanitari, collaborano più efficacemente e questo ha una ricaduta positiva sulle cure.

Per sostenere il peso della malattia, con tutto il suo carico di sofferenza, paura, rinunce, perdite, decisioni, difficili attese e talora anche di morte, è indispensabile che i medici e tutto il personale sanitario imparino a comunicare e a costruire relazioni terapeutiche solide senza improvvisazioni.

Per tali motivazioni, è assolutamente necessario implementare corsi formativi strutturati in maniera sistematica, per garantire l'adeguata preparazione degli operatori sanitari che operano in questo settore e sviluppare programmi per migliorare la qualità delle cure palliative.

Rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico assistenziali "aperti, sicuri e senza dolore", conciliando politiche di accoglienza, informazioni e confort con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il paziente deve essere un impegno comune a tutte le strutture sanitarie che erogano le cure palliative.

3. Art. 3 "definisce le linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali"

3.1 Comma 2 "il coordinamento regionale per la rete di cure palliative e la rete di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico"

L'accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2010 stabilisce sia per lo sviluppo delle cure palliative che della terapia del dolore *"l'istituzione, con appositi provvedimenti, regionali e aziendali di una struttura specificatamente dedicata di coordinamento della rete"*.

Tale atto è stato recepito dalle regioni in modo differente. Si possono così individuare tre gruppi di azioni svolte dagli assessorati regionali: il primo, che raggruppa il maggior numero di regioni, stabilisce il recepimento dell'accordo istituendo gruppi di coordinamento specifici per la rete di cure palliative e per la rete di terapia del dolore, il secondo, riguardante le regioni Basilicata, Liguria, Molise e Umbria, in cui viene effettuato un generico recepimento dell'Accordo e il terzo, relativo alla P.A. di Bolzano, la P.A. di Trento, la Sardegna e la Valle d'Aosta, in cui si dà avvio al processo di costituzione delle reti assistenziali.

Di seguito si riporta la tabella contenente l'elenco degli atti deliberati da ciascuna regione.

E' da osservare che in attuazione della Legge 38/2010, in particolare facendo riferimento all'art. 3 comma 2 e all'art 9, il Ministero della Salute ha individuato tramite uno specifico decreto una struttura dedicata al coordinamento nazionale delle reti assistenziali e del monitoraggio dello stato di attuazione.

Tab. n. 1. Recepimento regionale dell'accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010

	ACCORDO della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - 16 dicembre 2010
Abruzzo	DELIBERAZIONE di GIUNTA REGIONALE n. 616 del 12.09.2011 Istituzione dei Gruppi di Coordinamento per l'implementazione e la gestione della Rete regionale delle Cure palliative e della Rete regionale della Terapia del dolore, a norma della Legge n. 38 del 15 marzo 2010.
Basilicata	DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE n. 1112 del 28.07.2011 Accordo n. 188/CSR del 28.10.2010 – Progetto “Ospedale-Territorio senza dolore”- Accordo n. 239/CSR del 16.12.2010 – 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. RECEPIMENTO.
Calabria	DECRETO DIRIGENZIALE n. 1424 del 4.03.2011 Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 avente ad oggetto “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”. “istituzione Comitato Regionale degli interventi nell'ambito della rete delle cure palliative” DECRETO DIRIGENZIALE n. 1423 del 04.03.2011 Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 avente ad oggetto “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”. “istituzione Comitato Regionale degli interventi nell'ambito della rete di terapia del dolore”
Campania	DECRETO PRESIDENTE GIUNTA n. 273 del 30.11.2012 Costituzione della struttura di coordinamento regionale di cure palliative e terapia del dolore e nomina dei componenti ex art. 3 Legge n. 38 del 15.03.2010
Emilia-Romagna	DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE n. 1639 del 14.11.2011 Primi provvedimenti di attuazione della Legge n. 38 del 2010: Istituzione della struttura di coordinamento regionale della rete delle cure palliative.
Friuli-Venezia Giulia	LEGGE REGIONALE 14 luglio 2011, n. 10 Interventi per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore – coordinamento regionale
Lazio	DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA del 30.09.2010 La rete assistenziale di C.P. della Regione Lazio. Coordinamento regionale. DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA del 30.09.2012 Rete integrata ospedale territorio per il trattamento del dolore cronico non oncologico. Coordinamento regionale

Liguria	DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE n. 62 del 28 gennaio 2011, Recepimento accordo CSR sulle linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore ed approvazione del progetto "Terre di confine" DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1569 del 13.12.2013 Istituzione della rete regionale di terapia del dolore. Provvedimenti.
Lombardia	DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 4610 del 28.12.2012 Determinazioni in ordine alla rete di cure palliative e alla rete di terapia del dolore in regione Lombardia in applicazione della legge 38 del 15 marzo 2010 "disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Istituzione della struttura organizzativa regionale di coordinamento.
Marche	DECRETO n.15/ARS del 5 dicembre 2011 Progetto regionale Rete cure Palliative individuazione Gruppo di coordinamento regionale della Rete di Cure Palliative, ai sensi dell'Accordo Stato Regioni del 16 Dicembre 2010 DECRETO n.16/ARS del 5 dicembre 2011 Progetto regionale Rete cure Palliative individuazione Gruppo di coordinamento regionale della Rete di Terapia del Dolore, ai sensi dell'Accordo Stato Regioni del 16 Dicembre 2010
Molise	DELIBERA GIUNTA REGIONALE n. 283 del 21.04.2011 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/CSR. RECEPIMENTO.
P.A: Bolzano	LETTERA DEL DIRETTORE GENERALE DELL'AZIENDA DELL'ALTO ADIGE prot. 37229 del 08.04.2011 Nomina – Progetto "palliative Care"
P. A. Trento	DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE AZIENDA PROV. PER I SERVIZI SANITARI PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO n.412 del 2011 Istituzione del servizio cure palliative in attuazione del modello organizzativo della rete per le cure palliative previsto dalla deliberazione della Giunta provinciale n. 1597/2011