

Le Cure Palliative erogate in Rete

La normativa nazionale e regionale

Focus sulla Rete

No Terapia del dolore

No Cure Palliative Pediatriche

LEGGE n. 39 – 26 febbraio 1999

DECRETO del Ministero della Salute – 28 settembre 1999

programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative

DECRETO del PRESIDENTE del CONSIGLIO – 20 gennaio 2000

atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative.

ACCORDO della Conferenza unificata (art. 8 del D.lgs. 28 agosto 1997 n. 281) – 19 aprile 2001

documento di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi delle cure palliative

ACCORDO della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome Trento e Bolzano – 13 marzo 2003

indicatori per la verifica dei risultati ottenuti dalla rete di assistenza ai pazienti terminali e per la valutazione delle prestazioni erogate

DECRETO del Ministero della Salute – 01 dicembre 2006

istituita Commissione su qualità delle cure palliative e di fine vita

PIANO SANITARIO NAZIONALE 2006-2008, approvato con DPR 7 aprile 2006, al paragrafo 3.9

"Il dolore e la sofferenza nei percorsi di cura" ha richiamato la necessità di garantire, in sintonia con il provvedimento di Linee Guida inerente al progetto "Ospedale senza dolore, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 24 maggio, la diffusione della lotta alla sofferenza e al dolore anche fuori dall'Ospedale, in primis avvalendosi del contributo dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta

DECRETO del Ministero della Salute n. 43 – 22 febbraio 2007

regolamento recante: “Definizione degli standard relativi all’assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo”

LEGGE n. 38 – 15 marzo 2010

disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore

ACCORDO della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome Trento e Bolzano – 16 dicembre 2010

linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell’ambito della rete delle cure palliative e della rete di terapia del dolore

Ministero della salute - 2011

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

Ministero della salute - 2012

relazione sull'attuazione delle disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore (anno 2010)

INTESA della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome Trento e Bolzano – 25 luglio 2012

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 terapia del dolore

DECRETO 28 settembre 1999

“..dispone la realizzazione di strutture dedicate all’assistenza palliativa che devono essere parte integrante della RETE dei servizi territoriali e ospedalieri finalizzati alla erogazione di cure palliative...”

“..definisce la RETE come aggregazione funzionale ed integrata dei servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali , che opera in modo sinergico con la rete di solidarietà sociale presente nel contesto territoriale...la RETE si articola (nel rispetto dell’autonomia clinico-assistenziale dei rispettivi componenti) nelle seguenti linee organizzative :

- Assistenza ambulatoriale
- Assistenza domiciliare integrata
- Assistenza domiciliare specialistica
- Assistenza residenziale
- Ricovero ospedaliero
- Hospice

La RETE è coordinata da un dirigente medico, individuato tra quelli che già operano nei servizi...”

LEGGE 15 marzo 2010 n. 38

Definizione di RETE: insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici disponibili individua le figure professionali per le loro specifiche competenze ed esperienza nelle cure palliative (MMG, Medici specialisti in anestesia, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia, Infermieri, Psicologi e Assistenti sociali) e a quei Medici che hanno esperienza almeno triennale nel campo specifico.

Rimanda a successivo atto la definizione di requisiti per l'accREDITAMENTO delle strutture di assistenza e delle unità di cure palliative al fine di definire la RETE per le cure palliative.

***Relazione alla Camera dei Deputati sull'attuazione della L.38/10
presentata dal Ministro della Salute (Balduzzi), 13 febbraio 2012***

Lo sviluppo delle RETI

“ Commissioni, Comitati o Gruppi di Lavoro sono attivi ed operativi per lo sviluppo delle cure palliative in quasi tutte le Regioni italiane.

I compiti e gli obtv di questi organismi sono molto variabili; in Lombardia, Emilia Romagna e Umbria hanno una organizzazione piuttosto consolidata ed obtv di lavoro definiti.“

Lo sviluppo delle RETI è disomogeneo sul territorio nazionale e anche all'interno di stesse Regioni.

Anche dove l'offerta assistenziale è garantita in modo omogeneo (Lombardia) la copertura del bisogno è ancora insufficiente.

Disomogeneità dei modelli organizzativi di erogazione delle cure palliative domiciliari: si tende a non prevedere personale dedicato quanto piuttosto a far coincidere i programmi di cure palliative domiciliari con quelli più generali a minore intensità assistenziale.

In Emilia Romagna e Veneto si sono sviluppate competenze specifiche di ottimo livello nell'ambito della Medicina di Famiglia.

La relazione sottolinea la presenza consolidata e di grande tradizione di numerose Organizzazioni non profit che supportano in modo consistente lo sviluppo delle cure palliative nelle Regioni

**CONFERENZA STATO REGIONI .. DOCUMENTO SUI REQUISITI
MINIMI E LE MODALITA' ORGANIZZATIVE ... 25 luglio 2012**

Tutti i documenti citati e altri correlati, non hanno avuto la capacità di definire in modo puntuale quali requisiti fossero necessari nei diversi momenti assistenziali (ospedale, domicilio, ambulatorio, hospice, strutture residenziali) al fine di garantire una idonea presa in carico del paziente nella RETE delle cure palliative (definita come AGGREGAZIONE FUNZIONALE)

Dispone i criteri (standard qualitativi e quantitativi) per le dimensioni strutturali e di processo che caratterizzano la RETE LOCALE di Cure Palliative

1. Strutture organizzative di erogazione e coordinamento
2. Cure per qualunque patologia
3. Equipe multiprofessionale
4. Unitarietà del percorso
5. Continuità delle cure
6. Formazione
7. Supporto psicologico
8. Misurazione qualità della vita
9. Cura globale
10. Supporto sociale
11. Supporto al lutto
12. Dilemmi etici
13. Informazione alla popolazione
14. Valutazione qualità delle cure

L.R. 29/94

“ Assistenza al domicilio per pazienti terminali “ e il “ Programma pluriennale di interventi per l’assistenza a domicilio di pazienti oncologici terminali “ hanno permesso lo sviluppo dei servizi di assistenza domiciliare per i malati terminali, stimolando l’integrazione tra Distretti, Ospedale e Volontariato .

DGR n. 1455 del 97

ha approvato la direttiva sulla lungodegenza post acuzie e riabilitazione estensiva con la possibilità di attivare tale forma di ricovero per i pazienti in fase terminale della vita.

DGR n.124 del 99

ha indicato la necessità di organizzare in ogni ambito territoriale la rete delle cure palliative, contemplando l’integrazione fra servizi di base –sanitari e sociali – e quelli specialistici .

“Programma Regionale per la Rete delle Cure Palliative”

(DGR n. 456 dell’1 marzo 2000)

e le successive deliberazioni (- DGR n.591/2002 - DGR n. 2134/2003 - DGR n.1245/2005), con le quali, tra l’altro si sono individuati i centri residenziali per le cure palliative (Hospice) in modo da garantire, con la realizzazione degli stessi, il potenziamento delle funzioni d’assistenza sanitaria e assistenziale per i malati in fase terminale di malattia

DGR n. 1602 del 29 settembre 2000

la Regione ha definito le strutture residenziali (hospice)

DGR n. 2231 del 29 ottobre 2001

i finanziamenti sono stati concessi alle Aziende Sanitarie Locali

DGR n. 591 del 2002 e DGR n. 2134 del 3 novembre 2003

sono state apportate alcune integrazioni e aggiornamenti ai progetti degli hospice

DGR n. 327 del 23 febbraio 2004

autorizzazione e l'accreditamento delle strutture residenziali di cure palliative – hospice

Piano Sociale e Sanitario 2007-2009

assegna all'Integrazione a tutti i livelli un ruolo preminente, in quanto permette lo sviluppo di reti assistenziali

Deliberazione dell'Assemblea legislativa della Regione Emilia-Romagna del 22 maggio 2008 n.175

“Piano Sociale e Sanitario 2008-2010”, richiama la necessità di promuovere l'integrazione tra ospedale e territorio Le cure palliative nella fase terminale della vita e l'Hospice; prevede il completamento della realizzazione degli hospice nella rete delle cure palliative e del progetto ospedale-territorio senza dolore

DGR n. 687/2009 e la DGR 1429/2010

recanti gli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale e tra questi gli obiettivi prioritari per lo sviluppo di una specifica linea progettuale Cure palliative e terapie del dolore

DGR n. 1544 del 18 ottobre 2010

provvedimenti in ordine al finanziamento delle aziende relativo al quadro degli obiettivi annuali

DGR n. 967 del 4 luglio 2011

Linee guida per la rete della terapia del dolore e istituzione della struttura di coordinamento

DGR n. 1639 del 14 novembre 2011

Primi provvedimenti di attuazione della legge n. 38 del 2010: istituzione della Struttura di coordinamento regionale della Rete delle Cure palliative.

Definizione funzioni della struttura di coordinamento ai fini dello sviluppo della Rete delle Cure palliative (domicilio, hospice, strutture residenziali, strutture ospedaliere) e relativo monitoraggio e sistema informativo.

Promozione programmi obbligatori specifici.