

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 208 del 28 febbraio 2017

**Individuazione del modello assistenziale di rete delle cure palliative e della terapia del dolore della Regione Veneto. Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 29 giugno 2012, n. 23). Deliberazione n. 109/CR del 9 dicembre 2015.**  
*[Sanità e igiene pubblica]*

Note per la trasparenza:
--------------------------

Con il presente provvedimento viene definito il modello assistenziale di rete delle cure palliative e della terapia del dolore della Regione Veneto, nel rispetto di quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016.
---

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

In conformità a quanto stabilito dal Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (di cui alla L.R. 29 giugno 2012, n. 23) nella Regione Veneto è in corso un processo di riorganizzazione della rete dei servizi sanitari al fine di favorire un utilizzo appropriato dei setting assistenziali, rafforzando il ruolo dell'ospedale nella gestione dei processi assistenziali per acuti e aumentando la capacità del territorio di far fronte ai bisogni dei malati complessi, con malattie cronico degenerative avanzate, ma soprattutto pervenendo alla integrazione tra ospedale e territorio.

In tale contesto, per quanto riguarda nello specifico le Cure Palliative e Terapia del Dolore, si intendono perseguire i seguenti obiettivi:

- garantire a tutti i cittadini un uguale accesso a cure appropriate;
- estendere l'assistenza a tutte le patologie cronico degenerative;
- anticipare la presa in carico ai pazienti con probabilità di esito infausto entro un anno;
- garantire l'appropriatezza delle cure nel setting assistenziale più adeguato, realizzando l'integrazione tra Ospedale e Territorio;
- garantire il continuum delle cure dalle fasi più semplici a quelle più complesse.

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 conferma e rafforza l'applicazione della L.R. n. 7 del 19.3.2009 "Disposizioni per garantire cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita e per sostenere la lotta al dolore", prevedendo una evoluzione dei suoi contenuti anche alla luce della L. n. 38 del 15.03.2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", e degli indirizzi ministeriali.

Si rende altresì necessario estendere l'attività delle cure palliative dalle fasi terminali delle malattie oncologiche alle fasi avanzate delle malattie cronico degenerative, con prognosi di poche settimane/mesi e bisogni clinico assistenziali caratterizzati da complessità, sviluppando procedure organizzative/gestionali e percorsi diagnostico-terapeutici al fine di garantire equità, omogeneità, appropriatezza, qualità nell'accesso ai servizi e razionalizzazione delle risorse disponibili.

Gli attuali sviluppi della Medicina Generale verso le Medicine di gruppo Integrate e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), nonché verso l'integrazione delle stesse con il Distretto e l'Ospedale, consentono di gestire sia i soggetti caratterizzati da una bassa complessità assistenziale che quelli con maggiore complessità, indipendentemente dalla patologia. Tale cornice organizzativa consente di assicurare le cure palliative di base da parte del medico di medicina generale (MMG), anche in forma organizzata, nonché le cure palliative specialistiche da parte dell'Unità Operativa di Cure Palliative con la collaborazione del MMG e della Centrale Operativa Territoriale (COT) di ciascuna ULSS.

Si deve inoltre considerare che con DGR n. 2145 del 25.11.2013 è stato ricostituito il Coordinamento Regionale Cure Palliative e della Terapia del Dolore, attribuendo allo stesso un ruolo strategico nella valutazione sistematica di obiettivi di appropriatezza clinica e organizzativa e nel favorire lo sviluppo delle Cure Palliative e della Terapia del Dolore in tutto il contesto regionale.

Inoltre, "... nell'ambito delle attività coordinate e monitorate dal Coordinamento regionale rientrano anche le attività connesse alla realizzazione del progetto sperimentale "Ospedale - Territorio senza dolore" di cui alle richiamate deliberazioni n. 2332 del 29.12.2011 e n. 950 del 18.06.2013...".

Si tratta in questa sede di declinare nel contesto veneto le indicazioni dell'Intesa - Rep. Atti n. 152/CSR del 25.7.2012 - stipulata ai sensi dell'art. 8 c. 6 della L. 5.6.2003 n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della Salute, di cui all'art. 5 della L. n. 38/2010, 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", già recepita dalla Regione Veneto con DGR n. 1530 del 3.11.2015.

Quanto sopra, per completezza espositiva tenendo altresì conto:

- di quanto disposto nell'Accordo ai sensi dell'art. 5 co. 2 della L. n. 38 /2010 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 10.7.2014), recepito con DGR n. 1530 del 3.11.2015.
- di quanto recentemente stabilito nel Decreto del Ministero della Salute del 4.6.2015 "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 o private accreditate di cui alla L. 27.12.2013 n. 147 co. 425".

Tutto ciò premesso, la Giunta Regionale ha approvato, con la DGR n. 109/CR del 9 dicembre 2015, il modello organizzativo di Rete per le Cure palliative e per la Terapia del Dolore.

La citata deliberazione, come previsto dall'articolo 2, comma 3, della Legge Regionale 29 giugno 2012, n. 23, è stata inviata alla Quinta Commissione consiliare per il previsto parere.

La Quinta Commissione consiliare, nella seduta n. 30 del 3 maggio 2016, ha esaminato la DGR n. 109/CR/2015 ed ha espresso parere favorevole a maggioranza, subordinatamente alle seguenti modifiche (PAGR n. 50):

1. a pag. 7, punto 2: sostituire "USD Hospice Pediatrico" con "UOC Hospice Pediatrico" (conseguentemente modificare la scheda di dotazione ospedaliera dell'Azienda Ospedaliera di Padova, qualificando l'Hospice pediatrico come UOC e con la dizione Hospice pediatrico - Centro di riferimento regionale per le cure palliative e terapia del dolore pediatriche)
2. a pag. 7, punto 4: stralciare "Aziende Ulss n. 15, 16 e 17;
3. inserire un ulteriore punto:

- La Unità Interdipartimentale Terapia del Dolore dell'Azienda Ospedaliera di Padova sia struttura di riferimento regionale e svolga funzioni di coordinamento anche per le Aziende Ulss nn. 15, 16 e 17.

Si invita inoltre la Giunta regionale a:

- a) Prevedere nel modello di rete proposto, un ulteriore livello di Centri Spoke, nei quali sia prevista, qualora ne ricorrano le condizioni e siano presenti i requisiti, anche attività di ricovero;
- b) Modificare la DGR n. 2526 del 23 dicembre 2014, con un nuovo provvedimento che sia coerente con il dettato della legge regionale 28 settembre 2012, n. 38, segnatamente nella parti che attuano la prescrittibilità dei farmaci a base di cannabinoidi, ampliandone la fattispecie e la professionalità medica autorizzata (art. 1, comma 2).

Con il presente atto si propone di non recepire le modifiche indicate dalla Quinta Commissione consiliare di cui ai punti 1., 2. e 3. in quanto si tratta di modifiche alle schede di dotazione ospedaliera non coerenti con quanto previsto dalla normativa regionale e nazionale in materia. Per lo stesso motivo non viene recepito l'invito di cui al punto a). Per quanto riguarda l'invito di cui al punto b) si da atto che, con Delibera n. 1428 del 15 settembre 2016, la Giunta Regionale ha già modificato la precedente deliberazione n. 2526/2014 approvando l'aggiornamento della disciplina relativa all'erogazione a carico del SSR di medicinali e preparati galenici magistrali di cannabinoidi per finalità terapeutiche, in attuazione del Decreto del Ministro della Salute 9 novembre 2015 e in conformità a quanto previsto dall'art. 1, comma 2, della Legge Regionale 28 settembre 2012 n. 38.

Alla luce di quanto finora espresso, si propone il seguente modello organizzativo di Rete per le Cure palliative e per la Terapia del Dolore, così come articolato.

### Cure Palliative

Al fine di realizzare una Rete dei Servizi che consenta un'efficace presa in carico e la gestione dei pazienti in Cure Palliative, è necessario che ciascuna Azienda Sanitaria realizzi un assetto organizzativo/gestionale che coinvolga e integri tutti gli ambiti assistenziali e garantisca competenze specifiche da parte dei suoi operatori.

La Rete di Cure Palliative è ritenuta la modalità organizzativa più idonea in quanto coinvolge i vari ambiti di cura, integrandoli tra di loro in modo funzionale per evitare fratture nei processi assistenziali tra setting diversi. Il passaggio da un setting assistenziale ad un altro dovrà essere gestito in modo omogeneo su tutto il territorio regionale con procedure formalizzate che definiscono le modalità di transizione e gli strumenti.

Le finalità della Rete di Cure Palliative sono le seguenti:

- intercettare i malati che necessitano di cure palliative con qualunque patologia;
- privilegiare l'accesso alle cure palliative domiciliari e in Hospice, riducendo il ricorso all'ospedalizzazione;
- garantire la continuità delle cure nei diversi setting assistenziali.

Gli elementi organizzativi costitutivi della Rete di cure palliative sono:

1. l'Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP - già definita nell'Allegato B della DGR n.2271 del 27.12.2013).

Attraverso tale struttura, a cui afferiscono tutti i malati candidati a palliazione, le Aziende ULSS garantiscono l'offerta di cure palliative a livello sovra distrettuale e l'uniformità assistenziale su tutto il territorio regionale.

L'UOCP svolge attività di gestione e programmazione del percorso, garantendo la continuità clinico-assistenziale tra l'Ospedale, le cure domiciliari e le strutture residenziali idonee (nella fattispecie Hospice e Ospedale di Comunità) con funzioni di:

- attivazione e coordinamento del Nucleo di Cure Palliative, specificatamente dedicato;
- definizione ed implementazione dei percorsi assistenziali nello specifico ambito, provvedendo a garantire il coinvolgimento di tutte le competenze e delle strutture, anche sviluppando un sistema di monitoraggio dei processi e degli esiti in ogni contesto di vita dell'assistito (ambulatoriale, domiciliare o residenziale);
- garanzia di una coerenza prescrittiva verso i farmaci a maggiore efficacia antalgica con particolare attenzione all'uso di oppioidi in ogni condizione di dolore.

2. il Nucleo di Cure Palliative (NCP)

Si tratta di un'organizzazione funzionale multiprofessionale, parte integrante dell'UOCP, con compiti di assistenza. Ne fa parte il personale sanitario dedicato con esperienza comprovata afferente all'UOCP (medici palliativisti, infermieri, psicologi), altre professionalità come: medici di famiglia, medici specialisti, medici di continuità assistenziale, assistenti sociali, terapisti della riabilitazione, dietisti e altri professionisti attivabili in relazione alle necessità del malato, oltre al volontariato.

3. l'Ambulatorio di Cure Palliative

L'ambulatorio, gestito dall'UOCP, assicura l'assistenza ai pazienti con un buon grado di autonomia funzionale e motoria, nonché garantisce il supporto alle Cure Domiciliari, con le seguenti funzioni:

- presa in carico di pazienti dimessi dall'ospedale;
- valutazione dei malati su richiesta del medico di medicina generale;
- pratica di interventi invasivi non eseguibili a domicilio.

4. Le Strutture Residenziali e strutture di ricovero intermedie

In base alla normativa vigente le unità di offerta individuate sono: Hospice, Ospedali di comunità e Centri di servizio.

I Percorsi Diagnostico terapeutici Assistenziali (PDTA) rappresentano lo strumento strategico della Rete per garantire la continuità dell'assistenza e la gestione integrata della persona nei vari ambiti assistenziali: ospedale, domicilio, strutture residenziali e strutture di ricovero intermedie.

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

### Terapia del dolore

Nella pratica clinica quotidiana vengono definiti "Pazienti con dolore cronico" tutti coloro che per periodi prolungati della loro vita soffrono di dolore che, a volte moderato e a volte intenso, spesso è l'evidente conseguenza di una patologia. Esso interferisce con lo svolgimento delle normali attività della vita quotidiana, determinando una condizione di disagio fisico,

psicologico e sociale con riduzione della qualità di vita.

E' importante perciò inquadrare correttamente e sin dall'inizio, i meccanismi eziopatogenetici che sostengono il dolore, al fine di attuare scelte terapeutiche idonee ed intervenire sugli elementi responsabili della patologia dolorosa.

Il dolore viene definito "cronico" qualora si protragga oltre il normale decorso di una malattia acuta o al di là del tempo di guarigione previsto (convenzionalmente stimato a 3 mesi). Il dolore cronico può essere continuo o intermittente e se non viene risolto con trattamenti adeguati viene definito "intrattabile".

In Europa il dolore cronico affligge 1 adulto su 5 (26% in Italia), il dolore neuropatico rappresenta approssimativamente il 10% di questa popolazione.

L'impatto socio economico di questa condizione è stimato in 300 miliardi di Euro/anno, il 90% dei quali sono costi indiretti (morbilità, esecuzione di ulteriori esami di imaging, ricoveri inappropriati ecc.).

I pazienti affetti da sindromi dolorose croniche consultano il medico in media 2-3 volte/mese, il 25% di questi pazienti afferrisce ad un Pronto Soccorso almeno una volta in 6 mesi e il 22% viene ricoverato. L'assenza media dal lavoro per paziente risulta pari a 14 giorni all'anno.

In base a valutazioni epidemiologiche basate su recenti studi internazionali relativi ai dati di trattamento presso cliniche specializzate, si può valutare che la prevalenza di popolazione specificamente affetta da dolore neuropatico sia compresa tra l'1 e il 2%, pari a circa 50.000-100.000 persone. Una stima approssimativa 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, quindi con una prevalenza annua compresa fra le 9.000 le 12.000 unità.

L'obiettivo della Rete della Terapia del Dolore è quello di strutturare un sistema che garantisca interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche, idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, fra loro opportunamente integrate allo scopo di elaborare un idoneo percorso terapeutico per il controllo del dolore.

La Legge n. 38 del 15 marzo 2010, contenente le "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore":

- ha sancito il diritto ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore;
- all'art. 5 ha espressamente previsto l'attivazione delle Reti regionali di Cure Palliative e di Terapia del Dolore, da integrarsi fra loro 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;
- al comma 3 del medesimo articolo ha disposto la definizione di "[...] i requisiti minimi e ... 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 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 specifica competenza ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche con riguardo al supporto alle famiglie [...]". Tali indicazioni riguardano sia l'assistenza ai pazienti adulti, che a quelli in età pediatrica ed evolutiva, così come sancito dall'Accordo in materia di cure palliative pediatriche (Atto Rep. n. 138 del 27 giugno 2007 della Presidenza del Consiglio dei Ministri) e dal documento tecnico sulle cure palliative pediatriche (Atto Rep. n. 113 del 20 marzo 2008 della Presidenza del Consiglio dei Ministri).

Relativamente a quanto previsto nell'art. 3 "Competenze del Ministero della Salute e della Conferenza permanente per i rapporti, tra lo Stato, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano" della sopra citata L. n. 38/2010, la rete della terapia del dolore si articola principalmente su tre nodi complementari:

- ambulatori dei Medici di Medicina Generale;
- centri Spoke/Centri ambulatori di terapia del dolore;
- centri HUB/Centri ospedalieri di terapia del dolore.

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 L. n. 38/2010 in linea ai contenuti 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.

Nel Piano Socio Sanitario Regionale, di cui alla L.R. n. 23/2012, è riportato come "La Regione, conformemente a quanto previsto dalla L. n. 38/2010, attua e consolida il modello della Terapia del dolore".

Con la DGR n. 2122 del 19 novembre 2013 e s.m.i., sono state approvate le schede di dotazione ospedaliera e territoriale delle strutture pubbliche e private accreditate. La citata deliberazione ha previsto per la Terapia del dolore:

- l'istituzione di Unità Operative Complesse (UOC) nelle Aziende Ulss n. 6, n. 9, n. 12 (che per effetto della l.r. 19/2016 ora devono intendersi Azienda Ulss 8 Berica, 2 Marca Trevigiana, 3 Serenissima), nello IOV-IRCCS e nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona;
- l'istituzione di Unità Semplici a valenza Dipartimentale (USD) nelle Aziende Ulss n. 1 e n. 18 (ora Azienda Ulss 1 Dolomiti, 5 Polesana);
- nell'ambito pediatrico presso l'Azienda Ospedaliera di Padova è prevista la struttura di riferimento regionale del bambino maltrattato e l'USD "Hospice pediatrico, Centro di riferimento regionale per le cure palliative pediatriche";
- l'attività di terapia del dolore è altresì espressamente prevista presso le seguenti strutture ospedaliere private accreditate: Casa di Cura Madonna della Salute (Azienda Ulss n. 19) (ora Azienda Ulss 5 Polesana), Casa di Cura "Dott. Pederzoli" e Ospedale Classificato "Sacro Cuore - Don Calabria" (Azienda Ulss n. 22) (ora Azienda Ulss 9 Scaligera).

In particolare poi la DGR n. 2122/2013 prevede che:

- la UOC dell'Ospedale di Treviso dell'Azienda Ulss n. 9 (ora Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana) sia struttura di riferimento regionale e che svolga funzioni di coordinamento anche per le Aziende Ulss n. 1, n. 2, n. 7, n. 8, n. 10, n. 12, n. 13, n. 14, n. 15, n. 16 e n. 17 (ora Azienda Ulss 1 Dolomiti, Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana, Azienda Ulss 4 Veneto Orientale, Azienda Ulss 3 Serenissima, Azienda Ulss 6 Euganea) con posti letto di area medica;
- la UOC dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona sia struttura di riferimento regionale e che svolga funzioni di coordinamento anche per le Aziende Ulss n. 3, n. 4, n. 5, n. 6, n. 18, n. 19, n. 20, n. 21 e n. 22 (ora Azienda Ulss 7 Pedemontana, Azienda Ulss 8 Berica, Azienda Ulss 5 Polesana, Azienda Ulss 9 Scaligera).

Alla luce di quanto finora esposto, si propone di istituire la Rete Regionale per la Terapia del Dolore, secondo il modello hub and spoke delineato dal Piano Socio Sanitario 2012-2016 e già ampiamente applicato in ambito regionale, volta a garantire la continuità dell'assistenza al paziente dalla struttura ospedaliera, all'ambulatorio specialistico, al Medico di Medicina Generale ed al domicilio, costituendo tale rete quale insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere, territoriali ed assistenziali, con tutte le figure professionali operanti nell'erogare gli interventi diagnostico-terapeutici dedicati al controllo del dolore in tutte le fasi della malattia.

La Rete Regionale di Terapia del Dolore provvede, altresì, al supporto del nucleo familiare del paziente e si configura come una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di Terapia del Dolore, erogate nei diversi setting assistenziali, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone affette da dolore, indipendentemente dalla eziopatogenesi, riducendo nel contempo il grado di disabilità della persona malata e favorendone il reinserimento nel contesto sociale e lavorativo.

I principali obiettivi della Rete di Terapia del Dolore nel Veneto sono, quindi, di assicurare:

- Universalità
- Uniformità di accesso
- Accoglienza
- Trasparenza
- Appropriatelyzza nell'erogazioni delle prestazioni antalgiche
- Garanzia di standard di trattamento omogeneo sul territorio regionale attraverso la condivisione e l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi tra gli operatori della Rete
- Continuità dell'assistenza alla persona e la sua presa in carico in team multiprofessionali per la patologia algica complessa.

Di seguito vengono definiti i livelli della rete ed il loro ruolo:

#### A) Centri Hub

Il Piano Socio Sanitario Regionale di cui alla L. R. n. 23/2012 prevede espressamente come i centri HUB si caratterizzino per:

- *effettuare la diagnosi del tipo di dolore secondo precisi PDTA condivisi con le altre specialità ed elaborare linee guida a valenza regionale per omogeneizzare l'approccio clinico-assistenziale al paziente con dolore;*
- *offrire un panel di attività interventistiche di alto livello per la terapia del dolore;*

- *ottimizzare le risorse economiche concentrando quelle esistenti per sviluppare strutture organizzative con funzioni medico-chirurgiche multidisciplinari;*
- *consolidare e coordinare una valutazione sistematica di appropriatezza clinica e scientifica delle attività interventistiche nell'ambito della terapia del dolore;*
- *mantenere un aggiornamento sulle terapie e sulle tecniche invasive secondo criteri di Evidence Based Medicine (EBM) e di collaborazione con altri centri nazionali ed esteri;*
- *implementare un percorso di ricerca scientifica, di formazione e di aggiornamento sul dolore;*
- *coordinare funzionalmente e dare indirizzi sull'attività della rete territoriale degli spoke;*
- *monitorare la patologia dolorosa cronica non oncologica istituendo il registro regionale del dolore.*

Tali Centri sono pertanto preposti 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.

Garantisce la gestione del dolore, attraverso un approccio interdisciplinare e multiprofessionale per le patologie complesse, sia con team dedicati che con la rete di consulenze.

Ai Centri Hub sono affidati i compiti di:

- supportare e fornire le consulenze richieste, se necessario anche attraverso l'istituzione di una pronta disponibilità dedicata;
- mantenere un aggiornamento sulle terapie e sulle tecniche invasive secondo criteri della Evidence Based Medicine (EBM) e di collaborazione con altri centri nazionali ed esteri;
- monitorare i processi ed i percorsi di cura dei pazienti complessi;
- monitorare i processi di cura complessi con la compilazione dei registri per le procedure dei devices a permanenza (pompe e neurostimolatori, ecc.) alimentato anche dai centri spoke per le altre procedure;
- coordinare l'attività interventistica dei Centri Spoke secondo precisi parametri di standard operatori ed organizzativi condivisi tra le parti;
- omogeneizzare tra Hub e Spoke la codifica della diagnosi algologica e le procedure interventistiche relative ad essa;
- sorvegliare e presidiare la sperimentazione delle innovazioni e delle alte tecnologie;
- organizzare la formazione e l'aggiornamento scientifico per i MMG e gli altri specialisti della rete, in collaborazione con il Coordinamento regionale cure palliative e terapia del dolore;
- uniformare l'approccio clinico-assistenziale al paziente con dolore tramite Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) condivisi con i Centri Spoke e con i referenti dolore delle diverse Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), in collaborazione con il Coordinamento regionale cure palliative e terapia del dolore.

In linea con il modello Hub and Spoke, a garanzia dell'equità di accesso alle cure di tutti i cittadini e per valorizzare il ruolo delle reti in termini di efficienza gestionale, decisionale e di integrazione, i Centri Hub, oltre a garantire nei tempi previsti le prestazioni di base ai propri assistiti, dovranno garantire le prestazioni di livello assistenziale di più elevata complessità a tutti i residenti nel bacino di utenza indicato nella programmazione sanitaria, senza alcuna differenziazione originata dall'Azienda Ulss di residenza.

I Centri Hub operano in forma integrata con i Centri Spoke di Terapia del Dolore per realizzare le condizioni operative affinché l'attività, sia diagnostica che interventistica, venga garantita secondo PDTA, formalizzati e condivisi, finalizzati da un lato a garantire la massima sicurezza ai pazienti e dall'altro a limitarne gli spostamenti quanto più possibile.

Ai Centri Hub potranno essere inviati pazienti che necessitano di procedure invasive di alta complessità tali da comportare un'ospedalizzazione in regime di ricovero.

La diagnostica necessaria in un Centro Hub si avvale di:

- algometria termica (sonde a 25° e 42°C);
- ecografia;
- termografia ad infrarossi;
- apparecchiature per studio neurofisiologico con la stretta collaborazione dello specialista neurofisiologo;
- amplificatore di brillanza;
- epiduroscopio.

## B) Centri Spoke

Il Centro Spoke è quella Struttura preposta ad effettuare interventi diagnostici e terapeutici farmacologici, strumentali, chirurgici e psicologici integrati, finalizzati alla riduzione del dolore e delle disabilità prevalentemente rivolta alle persone

assistite in regime ambulatoriale, garantendo l'eventuale trattamento post-intervento e la gestione delle eventuali complicanze anche predisponendo il trasferimento presso altre strutture ospedaliere secondo protocolli formalizzati e condivisi con i Centri Hub.

Garantisce la gestione del dolore indipendentemente dalla sua eziopatogenesi ed opera in piena sinergia con il Centro hub territorialmente competente.

Compito rilevante dei Centri Spoke è anche quello di coordinare l'attività erogata a livello di assistenza primaria al paziente con dolore secondo PDTA, formalizzati e condivisi con tutti gli attori, finalizzati da un lato a garantire la massima sicurezza ai pazienti e dall'altro a limitarne gli spostamenti quanto più possibile.

#### C) Ambulatori dei Medici di Medicina Generale (MMG)

L'attività a livello di assistenza primaria, fermo restando quanto previsto per i centri di terapia del dolore Hub e Spoke, è quella di operare secondo PDTA formalizzati e condivisi, a garanzia della massima sicurezza ai pazienti, limitandone nel contempo sia gli spostamenti che, per quanto possibile, ospedalizzazioni e valutazioni specialistiche.

Pertanto nell'ambito del bacino di una Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) della Medicina Generale e con riferimento alle forme organizzative più evolute della medicina generale (Medicine di Gruppo Integrate), saranno organizzate le risposte ai bisogni clinico-assistenziali dei malati con malattie croniche, conformemente ai PDTA che saranno definiti a livello regionale e successivamente contestualizzati a livello aziendale.

L'implementazione dei PDTA andrà opportunamente supportata tramite percorsi formativi, organizzazione di audit aziendali e tramite la produzione di indicatori di monitoraggio. In quest'ottica diventa opportuno individuare in ciascuna forma organizzativa evoluta (Medicina di Gruppo Integrata) e/o AFT un referente per la terapia del dolore che funga da supporto nella implementazione dei PDTA nel proprio ambito di riferimento.

Infine, si dà atto che con deliberazione n. 2167 del 23 dicembre 2016 ad oggetto "Modifica ed integrazione delle Linee Guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) di cui alla DGR n. 1169 del 19 luglio 2016 e s.m.i. e modifica degli Allegati A e B della DGR n. 1805 del 8 novembre 2011 e s.m.i." sono state stabilite, le tariffe e le regole per la remunerazione del *drg* 532 "Interventi sul midollo spinale senza CC".

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

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

#### LA GIUNTA REGIONALE

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

Visto il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016;

Vista la legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19;

Vista la DGR n. 2332 del 29.12.2011;

Vista la DGR n. 950 del 18 giugno 2013;

Vista la DGR n. 2122 del 19 novembre 2013;

Vista la DGR n. 2145 del 25 novembre 2013;

Vista la DGR n. 2271 del 10 dicembre 2013;

Vista la DGR n. 2707 del 29 dicembre 2014;

Vista la DGR n. 1530 del 3 novembre 2015;

Vista la DGR n. 1428 del 15 settembre 2016;

Vista la DGR n. 2167 del 23 dicembre 2016;

Vista la DGR n. 109/CR del 9 dicembre 2015;

Visto l'art. 2, comma 3, della L.R. 29 giugno 2012, n. 23 e successive modifiche ed integrazioni;

Visto il parere della Quinta Commissione consiliare rilasciato nella seduta n. 30 del 3 maggio 2016 (PAGR 50);

Visto l'art. 2 co. 2 lett. o) della legge regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

delibera

1. di individuare, per le motivazioni e secondo le modalità espresse in premessa, il modello assistenziale di rete delle cure palliative e della terapia del dolore così come sopra descritto;
2. di approvare le disposizioni ed i principi contenuti in premessa non richiamati espressamente nel presente dispositivo;
3. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
4. la Direzione Programmazione Sanitaria è incaricata dell'esecuzione del presente atto;
5. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.