

DECRETA:**Articolo 1**

(Identificazione esperti in cure palliative e in terapia del dolore)

Sono identificati presso il Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, i seguenti nominativi quali esperti negli ambiti delle cure palliative e della terapia del dolore:

ESPERTI CURE PALLIATIVE

Dott. Giovanni Zaninetta	Presidente Società Italiana Cure Palliative – Direttore sanitario Hospice Domus Salutis, Brescia
Dott. Carlo Peruselli	Direttore S.O.C. Cure Palliative A.S.L. Biella
Dott.ssa Adriana Turriziani	Direttore Hospice Oncologico “Villa Speranza”, Roma

ESPERTI TERAPIA DEL DOLORE

Prof.ssa Rita Maria Melotti	Agenzia sanitaria e sociale regionale Emilia Romagna
Dott. Alessandro Sabato	Direttore dipartimento di medicina critica, del dolore e delle scienze anestesologiche – Università di Tor Vergata, Roma
Dott. Cesare Bonezzi	Responsabile Servizio di Anestesia e Terapia del dolore della Fondazione Salvatore Maugeri IRCCS di Pavia
Dott. William Raffaeli	Ospedale Infermi – U.O. di Terapia antalgica e cure palliative, via Ovidio - Rimini

La Dott.ssa Franca Benini, Dirigente Università di Padova - Dipartimento di pediatria, seguirà gli aspetti riguardanti le cure palliative e la terapia del dolore rivolte al paziente in età pediatrica.

In rappresentanza delle associazioni dei Medici di medicina generale sono incaricati a seguire sia gli aspetti riguardanti le cure palliative e la terapia del dolore il dott. Pierangelo Lorapile in rappresentanza della SIMG e la dott.ssa Lorenza Bacchini in rappresentanza della FIMG.

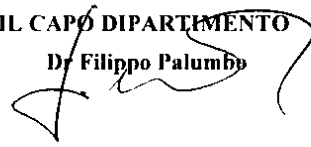
Il Gruppo di lavoro è integrato con un rappresentante dell'Agenzia dei Servizi Sanitari Regionali.

In particolare gli esperti individuati saranno chiamati a fornire il loro contributo negli aspetti programmatici contenuti nell'art. 5 della Legge 38/2010 quali definizione requisiti minimi, standard qualitativi e quantitativi, principi di accreditamento, piante organiche adeguate, sistema di tariffazione delle prestazioni.

Art.2

(Spese partecipanti)

La partecipazione ai gruppi di lavoro non dà diritto ad alcun compenso o emolumento. Le spese di viaggio sostenute per la partecipazione alle riunioni sono a carico degli interessati salvo rimborso da parte delle Amministrazioni di appartenenza.

IL CAPO DIPARTIMENTO**Dr. Filippo Palumbo**
Roma. **6 LUG. 2010**

Allegato 3**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. 5 e art. 8 della suddetta legge.

Rete di cure palliative

L'emanazione della Legge 39/99 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 1 del Decreto del Ministero della sanità del 28 settembre del 1999 serviva una struttura regionale di riferimento che garantisse 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 di coordinamento della rete.

Le strutture attivate 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 attuazione 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 caso 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 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:

- Concorrono 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.

Allegato 4

Protocollo di intesa sistema informativo

PROTOCOLLO D'INTESA**TRA****LA DIREZIONE GENERALE DEL SISTEMA INFORMATIVO****E****LA DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA,
DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI
SISTEMA****PREMESSO CHE**

- il Ministero della salute cura il coordinamento, lo sviluppo e la gestione del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS);
- l'articolo 5, comma 1, della legge 15 marzo 2010, n. 38, recante "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", prevede l'attivazione da parte del Ministero della salute di una specifica rilevazione sui presidi ospedalieri e territoriali e sulle prestazioni assicurati in ciascuna regione dalle strutture del Servizio sanitario nazionale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore;
- l'articolo 9, comma 1, della citata legge n. 38 del 2010, 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, e la fornitura da parte delle regioni e delle provincie 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;
- l'articolo 11, comma 2, della citata legge n. 38 del 2010, prevede che le regioni e le provincie autonome di Trento e di Bolzano trasmettano al Ministero della Salute tutti i dati relativi agli

interventi di loro competenza al fine di consentire allo stesso Ministero la redazione della relazione annuale al Parlamento;

- la Direzione generale del sistema informativo ha stipulato con il R.T.I. Accenture S.p.A. - Engineering Ingegneria Informatica S.p.A. - Al maviva the Italian Innovation Company S.p.A. - Telecom Italia S.p.A., in data 3 settembre 2007, il contratto di appalto avente ad oggetto "l'affidamento dei servizi di sviluppo del Sistema Informativo Sanitario Nazionale" (di seguito indicato come "Contratto principale");

- attraverso il contratto, la Direzione generale del Sistema informativo assicura il supporto informatico alle attività svolte dalle Direzioni generali del Ministero, provvedendo allo sviluppo ed alla successiva gestione dei sistemi applicativi necessari allo svolgimento delle rispettive funzioni;

- la Direzione generale del sistema informativo intende dare corso ad una estensione d'obbligo delle attività del contratto, da disporre ai sensi dell'articolo 5 del contratto stesso.

- a tale scopo viene dato corso ad un aumento delle attività del contratto principale, ai sensi e per gli effetti dell'art. 11 del R.D. 18 novembre 1923, n. 2440, e dell'art. 120 R.D. 23 maggio 1924, n. 82.

- la Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema ha richiesto l'esecuzione di specifiche attività di sviluppo del "Sistema informativo per il monitoraggio delle cure palliative e della terapia del dolore";

- le due Direzioni generali intendono addivenire a forme di collaborazione che permettano, anche mediante una compartecipazione alle spese, di realizzare quanto necessario.

TUTTO CIO' PREMESSO, DI COMUNE INTESA CONVENGONO CHE

- nell'ambito dell'aumento dei servizi di cui alla normativa richiamata, che viene disposto dalla Direzione generale del sistema informativo per le attività del contratto di sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario nazionale del 3 settembre 2007, la Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema destina un ammontare complessivo pari ad euro 135.000,00 (centotrentacinquemila/00) per le attività concernenti lo sviluppo del "Sistema informativo per il monitoraggio delle cure palliative e della terapia del dolore";

- la Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema provvederà, contestualmente con la Direzione generale del sistema informativo per i costi ad essa afferenti, al compimento delle procedure contabili necessarie per l'impegno della spesa a valere sui capitoli di competenza, avendo successivamente cura di comunicare alla stessa Direzione generale del sistema informativo l'esito dell'avvenuta registrazione;

- la Direzione generale del sistema informativo darà comunicazione all'appaltatore della piena efficacia dell'aumento disposto nell'ambito delle attività previste per lo sviluppo del "Sistema informativo per il monitoraggio delle cure palliative e della terapia del dolore", ordinando la realizzazione degli obblighi contrattuali;

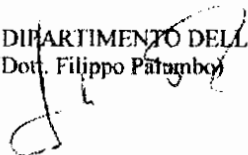
- la Direzione generale del sistema informativo, una volta ricevute le fatture prodotte dall'appaltatore nell'ambito delle attività oggetto della presente intesa, provvederà alla loro verifica tecnico-amministrativa, e le trasmetterà - corredate dal previsto nulla osta alla liquidazione - alla Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, che ne disporrà il pagamento nel rispetto dei termini di scadenza, tenendo informata la Direzione generale del sistema informativo ai fini del controllo e del monitoraggio degli andamenti finanziari del contratto di riferimento.

Si riporta di seguito la sintesi dei costi complessivi per le attività previste.

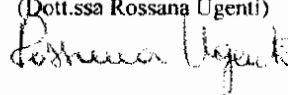
	Sintesi dei costi		
	Sistema Informativo	Programmazione sanitaria	Totale
Sistema Informativo di "Monitoraggio delle cure palliative e per la terapia del dolore - sviluppo del sistema	0	112.427,89	112.427,89
Sistema Informativo di "Monitoraggio delle cure palliative e per la terapia del dolore - Gestione del sistema (acquisizione licenze; beni e servizi; gestione operativa; help desk; program management; etc.)	15.409,60	0	15.409,60
Totale complessivo	15.409,60	112.427,89	127.837,49
Totale complessivo con IVA	18.491,52	134.913,47	153.404,99

0107 '135 7 =

IL CAPO DIPARTIMENTO DELLA QUALITA'
(Dott. Filippo Patumbo)



IL DIRETTORE GENERALE
(Dott.ssa Rossana Ugenti)



Allegato 5

**QUESTIONARIO PER LA RILEVAZIONE DELLO STATO DI
ATTUAZIONE DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE E DELLA
RETE DI TERAPIA DEL DOLORE NELLA REGIONE
_____ FINALIZZATO ALLA REDAZIONE DELLA
RELAZIONE AL PARLAMENTO DI CUI ALL'ART.11 DELLA
LEGGE N. 38 DEL 15 MARZO 2010**

ANNO DI RIFERIMENTO 2009

Cure palliative

Il numero che precede alcuni indicatori fa riferimento al numero con il quale è identificato lo stesso indicatore nel sistema approvato in Conferenza Stato – Regioni in data 13 marzo 2003.

E' stata formalmente istituita la Rete regionale di assistenza palliativa secondo la definizione indicata dalla Legge n. 38 del 15 marzo 2010?

con atto regionale _____

con altro atto (specificare) _____

Sono state formalmente istituite le Reti aziendali di assistenza palliativa secondo la definizione indicata dalla Legge n. 38 del 15 marzo 2010?

sì con atto _____

no

5. Numero di Unità di Cure Palliative (U.C.P.) o equipe assistenziale dedicate / popolazione residente: _____ %

(Si intende per equipe assistenziale dedicata quanto espresso alla lettera f della Legge n. 38 del 15 marzo 2010)

6. Percentuale di Aziende USL che hanno almeno una Unità di Cure Palliative (U.C.P.), o

equipe assistenziale dedicata, che insiste sul territorio della USL: _____

Numero di pazienti assistiti dalla rete regionale: _____

Quante strutture Hospice, che soddisfano i requisiti previsti dal DPCM del 20 gennaio 2000, sono presenti nella vostra Regione? _____

Quanti sono i posti letto disponibili presso le strutture Hospice? _____

15. Tasso di utilizzo dei posti letto in hospice: _____

16. Durata media in giorni dell'assistenza in hospice: _____

17. Durata media in giorni di assistenza domiciliare specialistica: _____
(Equipe assistenziale dedicata)

Percentuale MMG coinvolti nell'assistenza domiciliare: _____ %

22. Numero pazienti assistiti a domicilio / totale pazienti assistiti dalla rete:

(Sia per assistenza di base che specialistica)

23. Percentuale di pazienti deceduti a domicilio sul totale dei pazienti deceduti assistiti dalla rete: _____

24. Percentuale di pazienti deceduti in hospice sul totale dei pazienti deceduti assistiti dalla rete: _____

Quale è la tariffa applicata sul territorio regionale per l'assistenza residenziale in hospice?

Tipo tariffa:

giornaliera

mensile

a caso trattato

indicare inoltre se:

è un'unica tariffa regionale € _____

è variabile tra ASL (riportare le singole tariffe)

Quale è la tariffa giornaliera applicata sul territorio regionale per l'assistenza domiciliare?

è un'unica tariffa regionale

è variabile tra ASL (riportare le singole tariffe)

Nella vostra Regione è presente un sistema informativo dedicato alla rilevazione di dati sulla rete?

si
no

Quanti sono i medici specialisti coinvolti nell'assistenza e il numero di ore di assistenza dedicata?

residenziale n. _____ ore annue _____
domiciliare n. _____ ore annue _____

Quanti sono gli infermieri coinvolti nell'assistenza e il numero di ore di assistenza dedicata?

residenziale n. _____ ore annue _____
domiciliare n. _____ ore annue _____

Quanti sono gli psicologi coinvolti nell'assistenza e il numero di ore di assistenza dedicata?

residenziale n. _____ ore annue _____
domiciliare n. _____ ore annue _____

Se attivata la rete, è stata garantita informazione ai cittadini e 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?

si
no

32. Attivazione di programmi di comunicazione ai cittadini

si
no

29. Utilizzo sistematico di questionari di soddisfazione

si
no

Utilizzo sistematico e continuativo di altri strumenti di valutazione della qualità percepita dai malati e dalle loro famiglie, secondo quanto previsto dalla carta dei servizi pubblici sanitari (DPCM 19 maggio 1995)?

si
no

Se si indicare quali

31. Percentuale di operatori con formazione specifica in cure palliative: _____
%

(Corsi ECM/ Master)

Eventuali osservazioni finali

Se si ritiene, indicare brevemente eventuali osservazioni

.....
.....
.....
.....

Terapia del dolore

Numero di ospedali nei quali è stato attivato un Comitato ospedale senza dolore sul numero di ospedali esistenti in regione : _____ %

E' stata formalmente istituita la Rete regionale di terapia del dolore ai sensi della Legge n. 38 del 15 marzo 2010?

... con atto regionale _____
... con altro atto (specificare) _____

Percentuale di Aziende ASL che hanno almeno un ambulatorio di terapia antalgica (attivo più di 18 ore la settimana) : _____

Percentuale di Aziende ASL che hanno almeno un ambulatorio di terapia antalgica attivo più di 18 ore la settimana , con anestesista rianimatore dedicato alla terapia antalgica : _____

Numero di Aziende USL che hanno un centro/Servizio di Terapia del Dolore:

- dotato di ambulatorio di terapia antalgica (attivo almeno 30 ore la settimana)
- degenza in day hospital /regime ordinario per pazienti da sottoporre a procedure invasive antalgiche chirurgiche (posizionamento neuro-stimolatori, posizionamento pompe intratecali , interventi antalgici in fluoroscopia, termo lesioni chirurgiche o a radio frequenza, cifoplastica,vertebroplastica)
- personale medico ed infermieristico dedicato.

Numero di Aziende USL che garantiscono la consulenza di terapia dolore a domicilio :

Numero di ospedali che garantiscono la registrazione dell'intensità del dolore nelle U.O Chirurgiche sul numero di ospedali esistenti in regione : _____ %

Numero di ospedali che garantiscono la registrazione dell'intensità del dolore in tutte le U.O sul numero di ospedali esistenti in regione : _____ %

Percentuale di Aziende ASL che utilizzano , nei presidi ospedalieri, in modo sistematico questionari di soddisfazione / interviste telefoniche sulla soddisfazione della gestione del dolore trattamento del dolore : _____ %

Eventuali osservazioni finali

Se si ritiene, indicare brevemente eventuali osservazioni

.....
.....
.....
.....

Allegato 6**Accordo Ospedale – territorio senza dolore***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 3 che forma parte integrante della presente proposta.

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

Il Ministro

Roma,