Funzioni di case management
nella Rete di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche

Versione di ottobre 2026

REGIONE DEL VENETO

Indice

1. Contesto di riferimento ed epidemiologia della Rete TD-CPP in Veneto..... 3
1.1 Assetto organizzativo della Rete TD-CPP.....3
1.2 Epidemiologia e target regionali di presa in cura.....3
1.3 Peculiarità della presa in cura pediatrica e obiettivi di salute.....4
2. Funzioni di case management nella rete TD-CPP.....5
2.1 Principi generali e razionale.....5
2.2 Funzioni di case management e livelli di presa in cura.....6
2.3 Attività del CM-CPP.....8
2.4 Tracciabilità dell'attività e alimentazione dei flussi informativi.....10
3. Competenze richieste e formazione..... 11
3.1 Profilo di Competenze.....11
3.2 Formazione.....13
3.3 Valorizzazione delle competenze specialistiche.....14
4. Modelli organizzativi - staffing.....14
4.1 Collocazione organizzativa del Case Manager TD-CPP.....14
4.2 Standard di staffing e sostenibilità del modello.....15
5. Indicatori..... 15
6. Principali riferimenti normativi.....16

Gruppo di Lavoro regionale – Funzioni di case management nella Rete di Terapia del Dolore e Cure palliative Pediatriche. DGR 26/2026 - nota reg. prot. 0203291 del 02/04/2026	
Cognome e Nome	Ente di appartenenza
Marco Nardin	Direzione Programmazione Sanitaria
Giampaolo Vanzetto	Direzione Risorse Umane SSR
Alessandra Fasson	Centro di riferimento regionale per la terapia del dolore e le cure palliative pediatriche - Azienda Ospedale-Università di Padova
Paola Cavicchioli	Azienda ULSS n. 3 Serenissima
Debora De Agostini	Azienda ULSS n. 3 Serenissima
Federica Castellini	Azienda ULSS n. 9 Scaligera
Lucia Pozzuoli	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
Con la collaborazione della dr.ssa Erika Rigotti - Direzione Programmazione Sanitaria e della prof.ssa Franca Benini - Centro di riferimento regionale per la terapia del dolore e le cure palliative pediatriche.	

1. Contesto di riferimento ed epidemiologia della Rete TD-CPP in Veneto

1.1 Assetto organizzativo della Rete TD-CPP

La **Rete Regionale di Terapia del Dolore (TD) e Cure Palliative Pediatriche (CPP)** della Regione del Veneto si articola nei seguenti **nodi essenziali**:

- **Centro di Riferimento Regionale di TD e CPP**: istituito presso l'Azienda Ospedale-Università di Padova, coordina la Rete di TD e CPP ed è il punto di riferimento clinico, organizzativo, formativo e di ricerca.
- **Hospice Pediatrico ("Casa del Bambino")**: deputato all'assistenza residenziale specialistica.
- **Rete Locale delle Cure palliative (RLCP):** modello organizzativo funzionale, coordinato dalle **Unità Operative Complesse** (UOC) **Cure Palliative delle Aziende ULSS,** che consente un'efficace presa in cura e la gestione integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in Hospice, a domicilio tramite le UCP-DOM e in altre strutture residenziali (DGR n. 721/2023 e DGR 277/2024).
- **Servizi Territoriali di Base**: Pediatri di Libera Scelta (PLS), Medici di Medicina Generale (MMG), continuità assistenziale, Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), UU.OO. Infanzia Adolescenza Famiglia (IAF) e servizi e strutture rivolti a persone con disabilità.
- **Presidi Ospedalieri**, **Servizi d'Emergenza/Urgenza (118/PS)** e **Servizi Socio-Educativi**.

I principi cardine del modello organizzativo prevedono la continuità della risposta assistenziale h24 e 7 giorni su 7, l'unicità di riferimento per l'assistito e la famiglia e la prossimità al domicilio per i pazienti in carico alle cure palliative pediatriche specialistiche e con modalità differenziate in relazione al livello di complessità e intensità assistenziale.

1.2 Epidemiologia e target regionali di presa in cura

In Veneto, il bisogno di Cure Palliative Pediatriche (CPP) specialistiche, sulla base dei riferimenti nazionali (Accordo CSR 25/03/2021 recepito con DGR n. 533/2021), è stimabile

in circa 18 minori per 100.000 abitanti/anno, corrispondenti a circa 870–880 minori/anno a livello regionale. Il bisogno di CPP di base e generali è più ampio ed è stimato tra 34 e 54 minori per 100.000 abitanti/anno.

Gli obiettivi nazionali, ripresi dai piani di potenziamento regionali (da ultimo con la DGR n. 26/2026), puntano al raggiungimento del 90% della popolazione interessata entro il 2028.

Attualmente, circa il 40% dei minori eleggibili alle CPP specialistiche viene segnalato dalla Rete al Centro di Riferimento regionale di TD e CPP e preso in cura dallo stesso. Tuttavia, la fotografia della situazione evidenzia ancora una significativa disomogeneità sul territorio e diverse criticità nella capacità di tracciare correttamente le prestazioni erogate a domicilio o in contesti di prossimità attraverso gli attuali flussi informativi. Un ulteriore elemento da considerare è che circa il 30% dei pazienti assistiti in Veneto ha superato i 16 anni d'età, una realtà che rende ormai necessaria la definizione di modelli strutturati che accompagnino i giovani pazienti in un percorso di transizione appropriato. Al momento non sono attivi flussi informativi dedicati alla risposta ai bisogni di CPP di base o generali.

Le modalità eterogenee di presa in cura da parte delle Aziende ULSS, in particolare nell'ambito dell'assistenza di prossimità territoriale, incide sulla capacità di rilevazione sistematica del bisogno, suggerendo una possibile sottostima del fabbisogno complessivo di CPP a livello aziendale e quindi regionale.

1.3 Peculiarità della presa in cura pediatrica e obiettivi di salute

La presa in cura pediatrica differisce radicalmente da quella dell'adulto per specifiche peculiarità:

- **Eziologia invertita**: Oltre l'**80% dei minori** in carico è affetto da patologie inguaribili **non oncologiche** (neurologiche, genetiche, malformative, metaboliche), caratterizzate da elevata instabilità clinica e traiettorie di malattia molto lunghe.
- **Centralità del nucleo familiare e carico di cura**: La famiglia è la risorsa assistenziale primaria. I caregiver dedicano in media **9 ore al giorno** all'assistenza diretta e gestiscono a domicilio mediamente **5 presidi o dispositivi salvavita complessi** (es. PEG, CVC, ventilazione, tracheostomia).
- **Multidimensionalità dei bisogni**: Integrazione sistematica di bisogni clinici, psicologici, etici, spirituali, sociali e scolastici di minore e famiglia (tra i quali l'abilitazione genitoriale).

- **Prospettiva di vita e tempi di presa in cura**: La presa in cura pediatrica si distingue per una traiettoria temporale spesso molto estesa, che può iniziare precocemente (fin dal counselling pre-concezionale o all'inizio della vita).
- **Caratteristiche cliniche**, **relazionali**, **cognitive esperienziali**, completamente diverse del paziente adulto.

Gli obiettivi di salute prioritari della Rete regionale sono:

1. **Controllo precoce ed efficace del dolore** e di tutti i sintomi disturbanti;
2. **Appropriatezza dei setting di cura**, promuovendo il domicilio come luogo elettivo e l'Hospice Pediatrico per risposte di sollievo, abilitazione o gestione di fasi critiche temporanee;
3. **Inclusione sociale e scolastica** integrata;
4. **Pianificazione delle cure e riduzione dell'inappropriatezza clinica**, limitando interventi futili o invasivi, accessi impropri in Pronto Soccorso e ricoveri non pianificati in Terapia Intensiva.
5. **Formazione, addestramento e abilitazione del caregiver**, per garantire la gestione sicura del minore al domicilio;
6. **Supporto sociale al minore e alla famiglia**, compresi l'orientamento e l'accesso ai benefici e alle tutele previste dalla normativa;
7. **Coordinamento specialistico della risposta ai bisogni clinico-assistenziali**, assicurando integrazione e continuità tra i diversi professionisti e nodi della Rete.
8. **Supporto psicologico** a bambini e famiglia durante tutta la traiettoria di malattia e nel periodo successivo.

2. Funzioni di case management nella rete TD-CPP

2.1 Principi generali e razionale

L'analisi del monitoraggio regionale del I semestre 2025 evidenzia, per l'ambito delle CPP, un assetto fortemente eterogeneo tra le AULSS in termini di individuazione, formalizzazione e applicazione delle funzioni di Case Management. Solo in alcune Aziende ULSS risultano chiaramente individuate figure di Case Manager con competenze specifiche in CPP, accompagnate da procedure strutturate di integrazione con il Centro di Riferimento Regionale. In altri contesti, tali funzioni risultano parzialmente assorbite da ruoli clinici o

organizzativi non formalizzati, con conseguente variabilità nella tracciabilità dei percorsi, nella gestione delle transizioni e nella capacità di monitoraggio delle attività.

La mancanza di un inquadramento organizzativo uniforme del Case Manager CPP rappresenta un elemento critico soprattutto in relazione a: presa in cura condivisa tra Azienda ULSS e Centro di riferimento regionale; continuità assistenziale nei passaggi di setting e transizione dalle CPP alle CP dell'adulto (DGR 26/2026).

Al fine di garantire l'omogeneità nell'accesso alle CPP, la continuità della presa in cura lungo l'intera Rete e il progressivo sviluppo dell'assistenza di prossimità, in coerenza con il Piano di potenziamento della rete regionale di CP in età adulta e pediatrica e con gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2025 (DGR 1557/2024), ciascuna Azienda ULSS e Azienda Ospedaliera assicura la presenza di un Infermiere con funzioni di Case Management delle CPP, garantendo il raccordo operativo e organizzativo tra il Centro di Riferimento Regionale e con i servizi delle Aziende sanitarie regionali, con particolare attenzione alle Reti Locali di Cure Palliative (RLCP).

2.2 Funzioni di case management e livelli di presa in cura

Il Case Manager CPP può intervenire a partire dall'individuazione di specifici trigger riferiti alla complessità clinico-assistenziale oppure a seguito di segnalazione da parte dei soggetti della Rete. I trigger, individuati attraverso gli strumenti informativi disponibili, possono comprendere, a titolo esemplificativo, accessi ripetuti in Pronto Soccorso, alert derivanti dagli strumenti di assessment della complessità dei casi già presi in cura dai team di prossimità, dimissioni o altri eventi indicativi di un possibile incremento o dell'esordio di bisogni del minore e della famiglia. L'intervento sui trigger individuati sarà facilitato dall'implementazione del nuovo sistema informativo territoriale (SITer), dall'adozione di strumenti informativi condivisi e dal raccordo con la Centrale Operativa Territoriale (COT).

Il Case Manager CPP può inoltre intervenire a seguito di segnalazione da parte dei soggetti della Rete, quali PLS, MMG, ADI, COT, servizi ospedalieri e altri professionisti, che rilevano un bisogno di CPP o necessitano di supporto nell'identificazione del bisogno e nella valutazione della complessità, anche attraverso l'utilizzo della scheda ACCAPED.

La scheda **ACCAPED** (Assessment of Complex Clinical Assistance Needs in Paediatrics) è utilizzata per identificare i minori con bisogni clinici/assistenziali complessi, in situazioni

cliniche di inguaribilità e/o cronicità, consentendo l'individuazione dei bambini eleggibili a CPP. L'utilizzo della scheda ACCAPED non deve prescindere dalla valutazione globale dei bisogni: è fondamentale accertare, oltre ai bisogni clinici, quelli psico-emotivi, spirituali, etici, economici e sociali del bambino e della famiglia.

Il **punteggio** globale ottenuto dalla **valutazione ACCAPED** definisce il livello di complessità assistenziale e, conseguentemente, il livello di presa in cura, le funzioni di case management ad esso associate e i centri di responsabilità coinvolti:

- **CPP Specialistiche (ACCAPED ≥50)**: presa in cura ad alta complessità clinica; a livello domiciliare l'équipe di riferimento è rappresentata dall'UCP-DOM che, attraverso il coordinamento e la condivisione con il Centro di Riferimento Regionale di TD-CPP e l'integrazione con tutte le strutture e servizi della Rete, prende in cura il minore e la famiglia, sia nella fase precoce di malattia, sia nel fine vita (DGR 533/2021). Per le CPP specialistiche il CM-CPP garantisce il raccordo organizzativo tra l'Azienda ULSS di residenza e il Centro di Riferimento Regionale per la TD-CPP, operando in supporto. Nel contesto delle Aziende Ospedaliere, il CM-CPP garantisce il raccordo tra l'U.O. dimettente, Il Centro di Riferimento Regionale per la TD-CPP e la RLCPP.
- **CPP generali (ACCAPED 30-49)**: si rivolgono a minori con bisogni sanitari di media complessità. Le CPP Generali sono garantite dagli operatori della rete in particolare, PLS/MMG, ADI, specialisti ospedalieri se necessario con attivazione di consulenza specialistica all'équipe del Centro Regionale di CPP specialistiche. L'attività di assistenza, di monitoraggio e di sostegno al minore, può essere garantita con l'attivazione delle cure domiciliari di I e II livello (DGR 277/2024). Per le CPP Generali il CM-CPP viene attivato dall'UVMD e dai team territoriali di prossimità (UCP-DOM, ADI, IAF, Disabilità), a fronte di situazioni complesse, ossia caratterizzate da criticità sociale, psicologica, familiare o per le quali la pianificazione del percorso assistenziale risulti difficoltosa. Il CM-CPP interviene assicurando il case management e facilitando il raccordo e l'attivazione del Centro di Riferimento Regionale di TD e CPP qualora si rilevi un incremento del livello di complessità tale da richiedere una presa in cura specialistica. Il CM-CPP inoltre, attraverso gli strumenti informativi disponibili, monitora l'andamento della complessità clinico-assistenziale dei minori in cura ai team di prossimità, al fine di contribuire all'attivazione tempestiva delle CP di livello superiore.

CPP di Base (ACCAPED ≤29): sono rivolte a minori a bassa complessità assistenziale gestiti dai servizi territoriali di base (PLS, MMG, ADI). Per le CPP di base il CM-CPP garantisce consulenza ai servizi territoriali collaborando con il pediatra di libera scelta, i servizi territoriali, ospedalieri (UU.OO. di Pediatria) e le cure primarie, per favorire la prima segnalazione all'UOC Cure Palliative e/o al Centro di Riferimento regionale di TD e CPP e il raccordo informativo iniziale.

Figura: Modello operativo Funzioni di case management e livelli di presa in cura



2.3 Attività del CM-CPP

Il Case Manager TD-CPP svolge funzioni di **coordinamento del percorso assistenziale e di consulenza**, senza sostituirsi alle funzioni cliniche già definite nel PAI.

Le sue attività si articolano in specifiche macro-aree:

1. **Raccordo inter-reti**: funge da punto di riferimento e supporto al Centro di riferimento regionale, UCP-DOM, professionisti responsabili dell'identificazione dei pazienti eleggibili alla dimissione protetta (DDR 31/2023) e COT; facilita la presa in cura integrata e la continuità clinico-organizzativa. Facilita la comunicazione tra i servizi, il monitoraggio del percorso e l'attuazione del piano assistenziale definito dalle équipe competenti in supporto alle stesse, ove richiesto. Contribuisce al raccordo con la componente sociale.

2. **Identificazione e segnalazione**: Supporta il personale ospedaliero e territoriale nella rilevazione precoce dei minori eleggibili alle CPP, sostenendo l'utilizzo della scheda ACCAPED ed avviando i percorsi assistenziali appropriati in base ai bisogni.
3. **Uniformità procedurale**: promuove l'applicazione delle procedure regionali/aziendali (PIC pediatrico, UVMD, PAI, transizione) e ne supporta l'implementazione operativa per garantire erogazione uniforme dell'assistenza.
4. **Mappatura delle competenze e formazione**: Collabora con il Centro di Riferimento Regionale e la Fondazione Scuola di Sanità Pubblica nell'implementazione dei percorsi formativi certificati regionali. Promuove incontri per innalzare il know-how dei team UCP-DOM/ADI e dei servizi territoriali e ospedalieri.
5. **Sviluppo delle funzioni di prossimità**: Il CM-CPP orienta i team di prossimità, promuovendo e facilitando la realizzazione uniforme delle attività correlate alla presa in cura, fornendo **consulenza** o **supporto**, **a seconda del livello di complessità**, nelle seguenti aree di intervento che richiedono competenze di tipo specialistico:
    - **UVMD e PAI**: assicura consulenza/supporto nell'utilizzo di strumenti di assessment specifici, nella realizzazione di UVMD rivolte a minori con bisogni di CP, nella redazione del PAI; contribuisce attivamente alle UVMD di minori con bisogni di CPP specialistiche su richiesta del Centro di riferimento regionale.
    - **Consulenza e supporto operativo**: assicura consulenza/supporto ai team di prossimità, rispetto ad aspetti operativi talvolta complessi, quali ad esempio l'approvvigionamento di farmaci, presidi e dispositivi, l'orientamento della famiglia relativamente alle pratiche di tipo amministrativo (es.: misure di sostegno, invalidità, inclusione scolastica, accesso a servizi, etc);
    - **Abilitazione genitoriale**: garantisce consulenza sulla progettazione, sviluppo ed attuazione di interventi educativi nei confronti di genitori e caregiver, individuali o di gruppo e nelle CPP specialistiche fornisce supporto per il monitoraggio dell'abilitazione genitoriale realizzata dal Centro di riferimento regionale.
6. **Percorsi di transizione tra i servizi pediatrici e dell'adulto**: il CM CPP contribuisce all'handover assicurando le seguenti attività, finalizzate alla continuità assistenziale, all'integrazione tra reti e all'appropriatezza della presa in cura nel passaggio dalle CPP alle CP dell'età adulta, in raccordo con il Case Manager delle cure palliative dell'adulto:

- **Fase di pianificazione (14-16 anni)**: contribuisce alla realizzazione dell'**UVMD di transizione** finalizzata alla stesura del PAI di transizione.
- **Fase di sovrapposizione e passaggio (16-18 anni)**: Coordina il programma di attività congiunte tra équipe pediatrica e dell'adulto (visite domiciliari congiunte, valutazioni condivise) per consentire il progressivo trasferimento delle competenze.
- **Passaggio e Consolidamento (dai 18 anni)**: Facilita il trasferimento formale della responsabilità della presa in cura alla RLCP dell'adulto (UCP-DOM, MMG), mantenendo il Centro di Riferimento Regionale di TD e CPP in una funzione di consulenza specialistica di supporto.

7. **Monitoraggio della qualità delle cure**: persegue la riduzione della variabilità dei processi nell'erogazione delle attività di cura e ne contribuisce a monitorare la qualità, garantendo il rispetto degli standard assistenziali definiti a livello regionale.

2.4 Tracciabilità dell'attività e alimentazione dei flussi informativi

Al fine di contribuire al superamento delle criticità di tracciabilità a livello regionale e uniformare la rendicontazione, il CM-CPP supporta e presidia la qualità e la tempestività nell'imputazione dei dati dell'attività aziendale, in collaborazione con i servizi preposti:

- Assicura il costante aggiornamento del database aziendale dei minori in cura, garantendone la sincronizzazione con il Centro di riferimento regionale di TD e CPP per i pazienti in CPP specialistiche, nelle more dell'implementazione del nuovo sistema informativo territoriale (SITer).
- Contribuisce alla corretta alimentazione del **flusso SIAD**, verificando che le prestazioni domiciliari erogate in condivisione con il Centro di Riferimento Regionale di TD e CPP vengano correttamente registrate valorizzando il codice del nodo erogatore della Rete pediatrica (**RCPPTD**).
- Promuove la diffusione e tracciabilità delle Pianificazioni Condivise delle Cure (PCC, Legge 22 dicembre 2017, n. 219) e la tracciabilità nel sistema informativo territoriale regionale (**SITer**).
- Promuove la realizzazione dei PAI e la tracciabilità nel sistema informativo territoriale regionale (SITer).

3. Competenze richieste e formazione

3.1 Profilo di Competenze

Il profilo delle competenze avanzate necessarie allo svolgimento delle funzioni di Case Management nella Rete di TD-CPP è finalizzato a garantire il coordinamento dei percorsi assistenziali e le attività di consulenza, in relazione alla complessità clinico-assistenziale e ai conseguenti livelli di presa in cura. Il profilo di competenze accoglie contenuti riconducibili alle aree core della pratica clinica, della leadership e management, dell'educazione, della ricerca e della consulenza (Advanced Practice Nursing: A Pan Canadian Framework, 2019), declinati in relazione alle peculiarità della presa in cura nella rete della TD-CPP (DGR n. 808 del 28 luglio 2026).

Pratica clinica

L'Infermiere con funzioni di Case Management nella Rete della TD-CPP è in grado di:

- pianificare e coordinare percorsi assistenziali personalizzati nell'ambito delle CPP, garantendo continuità e integrazione tra i servizi e i professionisti coinvolti, con particolare riguardo al Centro di Riferimento Regionale di TD e CPP;
- fornire consulenza e supporto nella realizzazione di UVMD rivolte a minori con bisogni di CP complessi e nella conseguente redazione del PAI;
- promuovere e supportare la diffusione e l'implementazione delle Pianificazioni Condivise delle Cure (PCC) nell'ambito delle equipe di CPP;
- supportare le transizioni tra diversi setting di cura (Hospice pediatrico, UU.OO. di Pediatria, domicilio, ...);
- supportare le transizioni dalle CPP alle CP dell'età adulta;
- promuovere e addestrare all'utilizzo della scheda ACCAPED e degli altri strumenti di assessment adottati dalla Rete;
- riconoscere indicatori e trigger della variazione della complessità utilizzando i sistemi informativi in uso;
- riconoscere situazioni di rischio di frammentazione o interruzione della continuità assistenziale;
- fornire consulenza e supporto rispetto all'attivazione di servizi e all'approvvigionamento di farmaci, presidi e dispositivi necessari alla gestione del minore al domicilio;

- utilizzare e promuovere l'utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti di tracciabilità previsti dalla Rete.

Leadership e management

L'Infermiere con funzioni di Case Management nella Rete della TD-CPP è in grado di:

- promuovere e realizzare collaborazioni interprofessionali, integrazione e condivisione delle informazioni con i professionisti che operano nella rete della TD-CPP, attuando una leadership professionale;
- garantire il raccordo tra il Centro di Riferimento Regionale (per CPP specialistiche), i nodi della Rete di TD-CPP, la COT, i servizi territoriali, ospedalieri e sociali coinvolti nella presa in cura;
- promuovere la rilevazione precoce dei minori eleggibili alle CPP;
- promuovere e contribuire all'applicazione uniforme delle procedure regionali e aziendali relative alla presa in cura nell'ambito delle CPP;
- identificare le criticità organizzative che ostacolano la continuità delle cure e contribuire alla loro risoluzione;
- collaborare con il Centro di Riferimento Regionale e con gli altri soggetti della Rete alla definizione di strumenti e procedure finalizzati al miglioramento della qualità e della continuità della presa in cura;
- ponderare l'impiego delle risorse assistenziali e organizzative in un'ottica di appropriatezza ed equità;
- monitorare la corretta applicazione delle procedure regionali e aziendali al fine di contribuire ai processi di miglioramento organizzativo e di garanzia della qualità delle cure.

Educazione

L'Infermiere con funzioni di Case Management nella Rete della TD-CPP è in grado di:

- contribuire alla mappatura delle competenze dei professionisti delle équipe di prossimità nell'ambito della TD-CPP e promuoverne il consolidamento e lo sviluppo;
- collaborare alla progettazione e alla realizzazione di attività formative rivolte ai professionisti dei servizi territoriali e ospedalieri, con particolare riferimento all'identificazione del bisogno di CPP attraverso gli strumenti di assessment previsti, alla segnalazione e alla gestione delle transizioni;
- progettare, sviluppare e fornire consulenza in merito a processi educativi nei confronti di genitori e caregiver, individuali o di gruppo.

Ricerca e consulenza

L'Infermiere con funzioni di Case Management nella Rete della TD-CPP è in grado di:

- esercitare una funzione consulenziale a supporto di altri professionisti sanitari e del team multiprofessionale in relazione alle tematiche delle CPP;
- concorrere attivamente ad attività di ricerca clinica;
- analizzare criticamente le evidenze scientifiche nell'ambito del case management delle CPP, contribuendo al loro adattamento al contesto;
- guidare i professionisti nell'interpretare e nell'applicare le evidenze scientifiche per migliorare la qualità dell'assistenza.

3.2 Formazione

L'acquisizione delle competenze necessarie per espletare le funzioni di case management nella rete di TD e CPP deve essere perseguita attraverso percorsi di formazione specifici di tipo accademico quali:

- Master specialistici delle professioni sanitarie in terapia del dolore e cure palliative pediatriche
- Master dell'area neonatologica e pediatrica
- Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche Specialistiche nelle cure neonatali e pediatriche

  Le competenze acquisite attraverso i percorsi di master devono essere integrate con adeguata esperienza professionale nell'ambito del case management, a garanzia della completa rispondenza con il set di competenze previste per lo svolgimento delle funzioni di case management nella rete.

- Master in case management infermieristico
- Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche Specialistiche nelle Cure primarie e Infermieristica di famiglia e comunità

  Le competenze acquisite devono essere integrate con adeguata esperienza professionale nell'ambito dell'assistenza neonatologica, pediatrica e delle CPP, a garanzia della completa rispondenza con il set di competenze previste per lo svolgimento delle funzioni di case management nella rete.

3.3 Valorizzazione delle competenze specialistiche

La formazione specialistica costituisce prerequisito per il conferimento di Incarico Professionale di Case Manager infermieristico in CPP ai sensi delle norme contrattuali vigenti.

4. Modelli organizzativi - staffing

4.1 Collocazione organizzativa del Case Manager TD-CPP

Il **Case Manager TD-CPP** è preferibilmente collocato all'interno dell'**UOC Cure Palliative** di ciascuna **Azienda ULSS** e collabora con i Servizi territoriali di riferimento per la presa in cura del paziente.

La collocazione all'interno dell'UOC Cure Palliative e il raccordo funzionale con l'UCP-DOM e con gli altri nodi della Rete garantiscono:

- **mobilità fisica e funzionale** tra i diversi setting assistenziali (ospedale, territorio, domicilio, hospice);
- **collaborazione con le Cure Primarie e l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)** e i servizi della disabilità;
- **coordinamento operativo con i team domiciliari** e i Pediatri di Libera Scelta (PLS);
- **consulenza trasversale nella gestione delle dimissioni protette** dei minori con bisogni complessi.

Nelle **Aziende Ospedaliere**, in considerazione della specificità di tali strutture, la collocazione organizzativa del Case Manager TD-CPP deve consentire lo stretto collegamento funzionale con i professionisti responsabili dell'identificazione dei pazienti eleggibili alle CPP per la dimissione protetta e con le équipe intraospedaliere di Cure Palliative (pediatriche e/o dell'adulto), assicurando così le funzioni di supporto alla tempestiva intercettazione del minore complesso e la continuità del percorso di cura nel passaggio dall'ospedale al territorio.

Il CM-CPP co-opera inoltre in interfaccia funzionale con la **Centrale Operativa Territoriale (COT)** deputata a garantire la continuità della presa in cura nei passaggi di setting per la transizione del minore tra i nodi della Rete.

4.2 Standard di staffing e sostenibilità del modello

Al fine di garantire la sostenibilità organizzativa ed economica del percorso all'interno del Servizio Sanitario Regionale, viene definito il seguente standard minimo di personale:

- **Standard iniziale**: Presenza di almeno **1 Case Manager dedicato alle Cure Palliative Pediatriche (CM-CPP) per ciascuna Azienda ULSS e Azienda Ospedaliera del Veneto**, implementabile in relazione alle caratteristiche territoriali ed alle risorse a disposizione.
- **Integrazione delle risorse**: Il CM-CPP opera in stretta sinergia con il personale e le équipe multiprofessionali già attive nell'ambito della Rete Locale di Cure Palliative (RLCP), che forniscono supporto operativo e organizzativo integrativo in relazione ai bisogni locali, favorendo la copertura territoriale e la continuità della risposta assistenziale. Opera inoltre in collegamento funzionale con la COT e con i servizi territoriali di riferimento per la presa in cura dei pazienti pediatrici (PLS, ADI, IAF, servizi della disabilità, etc).

5. Indicatori

In linea con le indicazioni di gradualità nell'applicazione delle linee di indirizzo, per questa prima fase di attuazione viene adottato un set minimo di **indicatori prioritari**. L'obiettivo è misurare l'effettivo recepimento istituzionale e l'attivazione della figura di case management nelle reti aziendali.

Tipo di Indicatore	Indicatore	Descrizione	Standard	Riferimenti
Struttura	Presenza del CM-CPP nell'Azienda ULSS / Azienda Ospedaliera	Verifica della presenza e dell'inserimento formale del CM-CPP nel modello organizzativo delle Aziende ULSS e delle Aziende Ospedaliere con declinazione delle funzioni e attività	SI / NO	Indicatore: 2_02 (Tabella 8, DDR n. 50/2025)
Struttura	Formazione specifica del CM-CPP	Percentuale di CM-CPP in possesso dei requisiti formativi	100%	

6. Principali riferimenti normativi

- Legge 15 marzo 2010, n. 38
- Legge 22 dicembre 2017, n. 219
- Legge 29 dicembre 2022, n. 197 (Legge di Bilancio 2023)
- Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77
- Legge Regionale 16 marzo 2009, n. 7
- DGR n. 4029/2003
- DGR n. 533/2021
- DGR n. 721/2023
- DGR n. 1262/2023
- DGR n. 277/2024
- DGR n. 1557/2024
- DGR n. 26/2026
- DGR n. 808/2026
- DDR n. 140/2019
- DDR n. 31/2023
- DDR n. 50/2025