



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 5918

Seduta del 28/11/2016

Presidente

ROBERTO MARONI

Assessori regionali FABRIZIO SALA *Vice Presidente*

VALENTINA APREA
VIVIANA BECCALOSSI
SIMONA BORDONALI
FRANCESCA BRIANZA
CRISTINA CAPPELLINI
LUCA DEL GOBBO

GIOVANNI FAVA
GIULIO GALLERA
MASSIMO GARAVAGLIA
MAURO PAROLINI
ANTONIO ROSSI
ALESSANDRO SORTE
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto

DISPOSIZIONI IN MERITO ALLA EVOLUZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE IN LOMBARDIA: INTEGRAZIONE DEI MODELLI ORGANIZZATIVI SANITARIO E SOCIOSANITARIO - (ATTO DA TRASMETTERE AL CONSIGLIO REGIONALE)

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

I Dirigenti

Mauro Agnello

Laura Lanfredini

Il Direttore Generale Giovanni Daverio

L'atto si compone di 29 pagine

di cui 17 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

PREMESSO che Regione Lombardia negli ultimi vent'anni si è caratterizzata per lo sviluppo di un sistema di erogazione di Cure Palliative che non ha paragoni in altre regioni, grazie anche all'istituzione e lo sviluppo di numerosi Centri per l'erogazione di Cure Palliative a livello sia residenziale, sia domiciliare;

VISTE:

- la Legge n. 38 del 15 marzo 2010 "*Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*" che al fine di tutelare il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore, assicura il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza;
- la legge n. 147 del 27 dicembre 2013, recante "*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità)*" ed in particolare l'articolo 1, comma 425;

VISTI:

- il Decreto del Ministero della Salute 28 marzo 2013, recante "*Modifica ed integrazione delle Tabelle A e B di cui al decreto 30 gennaio 1998, relative ai servizi ed alle specializzazioni equipollenti*" con il quale la disciplina "cure palliative" è inquadrata nell'Area della medicina diagnostica e dei servizi e, contestualmente, sono individuate le specializzazioni equipollenti alla predetta disciplina;
- il DPCM 20 gennaio 2000 recante "*Atti di indirizzo recanti requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative*";

VISTI i seguenti Accordi, sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni, ai sensi della sopra citata L. n. 38/2010:

- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 28 ottobre 2010 (rep. Atti. n. 188/CSR), in cui viene approvato il documento concernente la "*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*";
- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e



Regione Lombardia

LA GIUNTA

Bolzano del 16 dicembre 2010 (rep. Atti. n. 239/CSR), in cui viene approvato il documento concernente le *"Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali"* nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore al fine di garantire l'assistenza palliativa e la terapia del dolore in modo omogeneo e a pari livelli di qualità in tutto il Paese;

- Intesa del 25 luglio 2012 (rep. Atti n. 151/CSR) sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano con la quale vengono stabiliti i requisiti minimi e le 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;
- Accordo CSR del 10 luglio 2014 n. 87/CSR 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;
- Atto di rettifica dell'Atto n. 1/CSR del 22 gennaio 2015 *"Accordo, ai sensi dell'art. 5, comma 2, della legge 15 marzo 2010, n. 38 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul decreto ministeriale recante l'individuazione dei criteri per la certificazione dell'esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti delle cure palliative pubbliche e private accreditate, di cui alla legge 27 dicembre 2013, n. 147, comma 425"* (rep. n. 38/CSR del 19 marzo 2015);

VISTO l'Atto di Intesa del 7 settembre 2016 (Rep. n. 157/CSR) in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano di approvazione sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);

RICHIAMATA la l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 *"Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità"* così come modificata dalla l.r. n. 23/2015 ed in particolare l'art. 15 laddove si prevede che la Giunta regionale, con deliberazione da comunicare alla Commissione Consiliare competente, stabilisce i requisiti di accreditamento;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

RICHIAMATI i seguenti provvedimenti regionali che, nel tempo, hanno determinato lo sviluppo dell'organizzazione sul territorio regionale in ambito di Cure Palliative e di Terapia del Dolore:

- d.g.r. n. VI/39990 del 30.11.1998 *“Atto di indirizzo e coordinamento per le cure palliative”*;
- d.g.r. n. VII/1884 del 31.10.2000 *“Adempimenti conseguenti all’attuazione del <Programma Nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative da proporre al Ministero alla Sanità ai sensi del DM 28 settembre 1999>”* e successive integrazioni;
- d.g.r. n. VII/12619 del 7.4.2003 *“Attuazione dell’art.12, commi 3 e 4 della l.r. 11 luglio 1997, n. 31 <Requisiti per l’autorizzazione al funzionamento e per l’accreditamento delle strutture residenziali per pazienti terminali, altrimenti dette Hospice>”*;
- d.d.g. Sanità n. 23454 del 30.12.2004 *“Determinazioni per la costituzione del Comitato Ospedale Senza Dolore (COSP) presso le strutture sanitarie di ricovero e cura e l’adozione del <Manuale applicativo per la realizzazione dell’ospedale senza dolore>”*;
- d.g.r. n. VIII/7180 del 24.4.2008 *“Determinazioni in merito alle Nuove Reti Sanitarie per l’anno 2008 e ampliamento delle stesse con il modello di Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative oncologiche e conseguenti indicazioni alle strutture”*;
- d.g.r. n. VIII/11085 del 27.1.2010 *“Determinazioni in merito alla Rete delle Cure Palliative Pediatriche della Regione Lombardia”*;
- d.g.r. n. IX/1963 del 6.7.2011 *“Servizi sperimentali di Nuove Reti Sanitarie: prosecuzione attività per l’anno 2011”* e successive modifiche;
- d.g.r. n. IX/3541 del 3.5.2012 *“Definizione dei requisiti specifici per l’esercizio e l’accreditamento dell’Assistenza Domiciliare Integrata”* e successiva rettifica con d.g.r. n. IX/3584 del 6 giugno 2012;
- d.g.r. n. IX/3851 del 25.07.2012 *“Determinazioni in ordine alle tariffe sperimentali dei nuovi profili dell’assistenza domiciliare integrata (ADI)”*;
- d.g.r. n. IX/4610 del 28.12.2012 *“Determinazioni in ordine alla Rete di Cure palliative e alla Rete di Terapia del dolore in Regione Lombardia in applicazione della legge 38 del 15 marzo 2010 <Disposizioni per garantire*



Regione Lombardia

LA GIUNTA

l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore>” e, in particolare, il documento tecnico “Documento per lo sviluppo della Rete per le Cure Palliative in Lombardia” che ha in particolare definito l'organizzazione della Rete d'offerta con i suoi elementi costitutivi prevedendo un coordinamento a livello locale e a livello regionale in coerenza ai documenti sanciti in CSR (Accordo 16.12.2010 n. 239/CSR; Intesa 25.07.2012 n. 152/CSR);

- d.g.r. n. X/5341 del 2.6.2016 *“Disposizioni in merito alla certificazione regionale della esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle Cure palliative, di cui alla legge 27 dicembre 2013, n147, art.1 comma 425 e successivo D.M. 4/6/2015”;*
- d.g.r. n. X/5455 del 25.07.2016 *“Realizzazione dei percorsi formativi per i professionisti delle reti di cure palliative e di terapia del dolore, in attuazione dell'Accordo n.87/CSR del 10 luglio 2014: approvazione del progetto di Eupolis Lombardia”;*

DATO ATTO che, attualmente:

- l'accesso alle Cure Palliative è garantito attraverso Reti di Soggetti erogatori accreditati e con il supporto delle associazioni volontariato che assicurano percorsi individualizzati sulla base dei bisogni del malato e della famiglia;
- i livelli assistenziali di erogazione delle Cure palliative sono i seguenti:
 - residenziale: hospice sanitario e hospice sociosanitario;
 - domiciliare: assistenza Specialistica Territoriale di Cure Palliative e ADI Cure Palliative;
 - assistenza a ciclo diurno: day hospital (o day hospice);
 - ambulatoriale, MAC;

CONSIDERATO che:

- l'integrazione dei servizi, nell'ambito della rete delle cure palliative, può consentire il superamento della frammentarietà di un sistema ancora centrato sulla rete d'offerta e che occorre, pertanto, una azione di



Regione Lombardia

LA GIUNTA

governo dei processi erogativi che garantisca il coordinamento della presa in carico e del percorso di cura;

- risulta necessario costruire sinergie e connessioni organizzative tra i vari livelli di erogazione, tra ospedale e territorio, tra sanitario, sociosanitario e sociale, tra settore pubblico, privato e Organizzazioni non profit, in un'ottica di empowerment del malato, della famiglia e della comunità locale;

RITENUTO pertanto che gli attuali profili erogativi sia a livello residenziale (Hospice sanitario e Hospice sociosanitario), sia domiciliare (STCP e ADI-CP), storicamente sviluppatasi attraverso percorsi paralleli afferenti a due assessorati, in coerenza all'evoluzione del sistema sociosanitario, devono convergere pervenendo ad un unico profilo di Hospice e un unico profilo di Unità di Cure Palliative Domiciliari;

RICHIAMATA la d.g.r. n. X/4702 del 29.12.2015 "*Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2016*" ed in particolare l'allegato "*Regole di gestione del servizio sociosanitario 2016*" nella parte di riferimento "*Rete delle cure palliative*", laddove, tra le azioni strategiche individuate, viene posta priorità:

- al perseguimento dell'unificazione degli attuali modelli organizzativi, sia residenziale, sia domiciliare;
- all'adeguamento dei loro requisiti di accreditamento e della connessa remunerazione;
- all'integrazione dei livelli sanitario e sociosanitario, rendendo unitario il percorso di presa in carico della persona da parte della Rete di Cure palliative;

in coerenza alla riorganizzazione operata con la istituzione della DG Welfare e conseguente accentramento delle competenze in materia sanitaria e sociosanitaria;

RICHIAMATA altresì, la d.g.r. n. X/5513 del 02/08/2016 "*Ulteriori determinazioni in ordine alle linee guida regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici delle ATS, delle ASST, degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia e di AREU*" ed in particolare laddove viene disposto che:

- l'organizzazione delle Unità di cure palliative della ASST rappresenta un



Regione Lombardia

LA GIUNTA

insieme funzionale di nodi erogativi e degli enti di volontariato coinvolti nel processo assistenziale di cure palliative che si integra all'interno del percorso di cura, relativamente all'ultima fase di vita del paziente adulto cronico e/o fragile e della rete materno-infantile per le specificità pediatriche;

- le Unità di Cure palliative, di cui al punto precedente, favoriscono l'integrazione ospedale-territorio attraverso una presa in carico proattiva del malato in dimissione dalle Unità di offerta del sistema sanitario per acuti, sub acuti e del territorio, svolgono la funzione di sintesi clinico-assistenziale e organizzativa tra ospedale e territorio, garantiscono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni sanitarie, sociosanitarie ed assistenziali, integrano l'attività del volontariato;

DATO ATTO che con decreto della DG Salute n. 5998 del 16.07.2015 è stato rinnovato il "*Gruppo di lavoro interdirezionale di coordinamento regionale per la rete delle cure palliative, ai sensi della d.g.r. n. 4610/2012*" con il compito, fra gli altri, di monitorare lo stato di realizzazione della rete delle cure palliative e promuoverne lo sviluppo omogeneo;

DATO ATTO inoltre che, con la collaborazione del suddetto gruppo di lavoro, è stato elaborato il documento tecnico "Rete di Cure palliative: Integrazione dei modelli organizzativi sociosanitario e sanitario", allegato al presente provvedimento, che ne definisce il modello organizzativo, le funzioni e i requisiti di esercizio e di accreditamento dei nuovi profili di Hospice e di Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP-Dom), tenuto anche conto del documento di aggiornamento dei LEA, di cui all'Intesa (Rep.n. 157/CSR del 7.09.2016);

RILEVATO che il documento tecnico ha l'obiettivo di definire un modello organizzativo della rete delle Cure palliative, finalizzato a:

- promuovere la convergenza dei modelli residenziali e domiciliari di Cure Palliative, storicamente sviluppati attraverso percorsi paralleli afferenti a due assessorati, pervenendo ad un unico profilo di Hospice e un unico profilo di Unità di Cure Palliative Domiciliari;
- armonizzare lo sviluppo delle Reti di Cure Palliative con l'attuazione della legge regionale n. 23/2015 di evoluzione del sistema sociosanitario lombardo fornendo indicazioni di riferimento per le ASST, per le ATS e per i



Regione Lombardia

LA GIUNTA

Soggetti operanti nel settore delle cure palliative;

- promuovere forme di governo dei processi di presa in carico e di cura in grado di migliorare e semplificare l'accessibilità ai servizi, valorizzare le risorse familiari e del territorio, incrementare la qualità delle cure e la sostenibilità generale del sistema;

EVIDENZIATO che il citato documento in particolare definisce:

- la Rete Regionale e le Reti Locali di Cure Palliative (RLCP) già in parte delineate nella d.g.r. n. 4610/2012;
- i seguenti livelli erogativi di assistenza: residenziale (Hospice), domiciliare (Unità di Cure Palliative Domiciliari – UCP-Dom), ospedaliero, MAC e ambulatoriale;
- i percorsi di Cure Palliative nell'ambito della Rete delle Unità d'offerta di Cure Palliative e rapporti con la Rete di Continuità Clinico-Assistenziale;

RITENUTO, pertanto:

- di disporre, secondo gli indirizzi e per le finalità specificate nei citati atti programmatori, l'evoluzione del modello organizzativo della rete delle cure palliative, a tal fine approvando il documento allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di prevedere che i Soggetti erogatori, accreditati e a contratto per le cure palliative, si adeguino ai requisiti di cui al documento allegato, entro 6 mesi dalla data di pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia, dandone comunicazione alla ATS competente territorialmente, pena la decadenza dall'accREDITAMENTO, secondo l'iter procedurale previsto dalla normativa vigente;
- di disporre che l'ATS, entro 90 giorni dal ricevimento della comunicazione di avvenuto adeguamento, verifichi il possesso dei requisiti e disponga, secondo l'iter procedurale previsto dalla normativa vigente:
 - la riclassificazione degli assetti organizzativi degli enti erogatori, in caso di verifica positiva;
 - la decadenza dall'accREDITAMENTO, in caso in cui ne accerti il



Regione Lombardia

LA GIUNTA

mancato adeguamento;

- di disporre l'allineamento delle tariffe in coerenza alla definizione di un unico profilo di Hospice quantificando in € 264,00 la tariffa giornaliera omnicomprensiva della quota del posto per accompagnatore;
- di disporre altresì l'allineamento delle tariffe in coerenza alla definizione di un unico profilo di Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP-Dom):
 - € 156,00 tariffa omnicomprensiva per la presa in carico per entrambi i livelli di erogazione;
 - € 42,70 tariffa per giornata di presa in carico per il livello di erogazione c.d. "di Base";
 - € 88,60 tariffa per giornata di presa in carico per il livello c.d. "Specialistico";
- di stabilire che i maggiori oneri calcolati in via presuntiva in euro 1.000.000 derivanti dall'applicazione delle nuove tariffe definite per il profilo Hospice trovano copertura nell'ambito delle risorse del FSR previste per l'esercizio 2017;
- di precisare che la rimodulazione delle tariffe per il profilo di Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP-Dom) non comporta oneri aggiuntivi per il sistema e pertanto gli oneri derivanti sono già ricompresi nel finanziamento del FSR previsto per il 2017 per il servizio di assistenza Specialistica Territoriale Cure Palliative nell'ambito delle Nuove Reti Sanitarie e per l'ADI Cure Palliative (Assistenza Domiciliare Integrata – Cure Palliative);
- di stabilire che l'applicazione delle suddette tariffe decorre a partire dal primo settembre 2017 previo completamento del processo di riclassificazione dei Soggetti erogatori e di allineamento dei relativi flussi informativi;
- di dare mandato alla DG Welfare di istituire un organismo di coordinamento della rete regionale di Cure Palliative;
- di dare mandato, altresì, alla DG Welfare di adottare ogni successivo provvedimento in attuazione della presente;
- di dare atto che le disposizioni del presente provvedimento integrano o



Regione Lombardia

LA GIUNTA

sostituiscono, limitatamente alle parti in contrasto, le deliberazioni di Giunta regionale in materia di cure palliative di ambito sanitario e socio sanitario;

VISTI:

- il “*Programma regionale di sviluppo della X legislatura*” approvato con d.c.r. n. X/78 del 9.07.2013;
- il “*Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014* - approvato con d.c.r. n. IX/88 del 17.11.2010 la cui validità è stata prorogata dalla d.g.r. n. X/2989 del 23.12.2014 fino all'approvazione di un nuovo Piano;

VAGLIATE ed ASSUNTE come proprie le predette considerazioni;

A VOTI UNANIMI espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

- 1) di disporre, secondo gli indirizzi e per le finalità specificate nei citati atti programmatori, l'evoluzione del modello organizzativo della rete delle cure palliative, a tal fine approvando il documento “*Rete di Cure palliative: Integrazione dei modelli organizzativi sociosanitario e sanitario*” - allegato parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- 2) di prevedere che i Soggetti erogatori, accreditati e a contratto per le cure palliative, si adeguino ai requisiti di cui al documento allegato, entro 6 mesi dalla data di pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia, dandone comunicazione alla ATS competente territorialmente, pena la decadenza dall'accREDITAMENTO, secondo l'iter procedurale previsto dalla normativa vigente;
- 3) di disporre che l'ATS, entro 90 giorni dal ricevimento della comunicazione di avvenuto adeguamento, verifichi il possesso dei requisiti e disponga, secondo l'iter procedurale previsto dalla normativa vigente:
 - la riclassificazione degli assetti organizzativi degli enti erogatori, in caso di verifica positiva;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- la decadenza dall'accreditamento, in caso in cui ne accerti il mancato adeguamento;
- 4) di disporre l'allineamento delle tariffe in coerenza alla definizione di un unico profilo di Hospice quantificando in € 264,00 la tariffa giornaliera onnicomprensiva della quota del posto per accompagnatore;
 - 5) di disporre altresì l'allineamento delle tariffe in coerenza alla definizione di un unico profilo di Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP-Dom):
 - € 156,00 tariffa onnicomprensiva per la presa in carico per entrambi i livelli di erogazione;
 - € 42,70 tariffa per giornata di presa in carico per il livello di erogazione c.d. "di Base";
 - € 88,60 tariffa per giornata di presa in carico per il livello c.d. "Specialistico";
 - 6) di stabilire che i maggiori oneri calcolati in via presuntiva in euro 1.000.000 derivanti dall'applicazione delle nuove tariffe definite al punto 4) per il profilo Hospice trovano copertura nell'ambito delle risorse del FSR previste per l'esercizio 2017;
 - 7) di precisare che la rimodulazione delle tariffe di cui al punto 5) per il profilo di Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP-Dom) non comporta oneri aggiuntivi per il sistema e pertanto gli oneri derivanti sono già ricompresi nel finanziamento del FSR previsto per il 2017 per il servizio di assistenza Specialistica Territoriale Cure Palliative nell'ambito delle Nuove Reti Sanitarie e per l'ADI Cure Palliative (Assistenza Domiciliare Integrata – Cure Palliative);
 - 8) di stabilire che l'applicazione delle suddette tariffe decorre a partire dal primo settembre 2017 previo completamento del processo di riclassificazione dei Soggetti erogatori e di allineamento dei relativi flussi informativi;
 - 9) di dare mandato alla DG Welfare di istituire un organismo di coordinamento della rete regionale di Cure Palliative;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- 10) di dare mandato, altresì, alla DG Welfare di adottare ogni successivo provvedimento in attuazione della presente delibera;
- 11) di stabilire che le disposizioni del presente provvedimento integrano o sostituiscono, limitatamente alle parti in contrasto, le deliberazioni di Giunta regionale in materia di cure palliative di ambito sanitario e socio sanitario;
- 12) di demandare al dirigente competente la pubblicazione del presente atto e degli atti conseguenti come previsto dal D.Lgs 33/2013 nella sezione Amministrazione Trasparente del Portale Istituzionale di Regione Lombardia;
- 13) di pubblicare il presente provvedimento sul B.U.R.L. e sul sito web della Regione Lombardia - Direzione Generale Welfare (www.welfare.regione.lombardia.it) ai fini della diffusione dell'atto;
- 14) di comunicare il presente provvedimento alla Commissione Consiliare competente ai sensi dell'art. 15, comma 2, della l.r. 33/2009 così come modificata dalla l.r. 23/2015.

IL SEGRETARIO
FABRIZIO DE VECCHI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

ALLEGATO

**RETE DI CURE PALLIATIVE: INTEGRAZIONE DEI MODELLI ORGANIZZATIVI
SOCIOSANITARIO E SANITARIO**

Sommario

Obiettivi	3
Premessa	3
Umanizzazione delle cure	4
1. Rete Regionale e Reti Locali di Cure Palliative	5
1.1 Le unità di offerta per le Cure Palliative	6
1.2 Modalità di presa in carico nella Rete Locale di Cure Palliative (RLCP).....	7
2. Assistenza in hospice	8
2.1 requisiti di esercizio e di accreditamento.....	8
3. Assistenza Domiciliare – Unità di Cure Palliative Domiciliari	12
3.1 Requisiti di esercizio e di accreditamento	13
4. Assistenza Ospedaliera	15
4.1 Consulenza palliativa	15
4.2 Day-Hospital/Day Hospice	15
4.3 Assistenza specialistica in regime MAC e ambulatoriale	15
5. Percorsi di Cure Palliative nell’ambito della Rete delle Unità d’offerta di Cure Palliative e rapporti con continuità clinico-assistenziale	16
5.1 Il Percorso di Cure.....	16
5.2 Il modello proattivo	16

Obiettivi

Il documento definisce il modello organizzativo della Rete delle Cure Palliative, nell'ambito dell'evoluzione del servizio sociosanitario regionale avviato con la l.r. 23/15 e in accordo con la delibera di Giunta regionale n. IX/4610/2012 *"Determinazioni in ordine alla Rete di Cure Palliative e alla Rete di Terapia del Dolore in Regione Lombardia in applicazione della legge 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle Cure Palliative e alla terapia del dolore"*.

Il nuovo modello organizzativo ha le finalità di:

- promuovere la convergenza dei modelli residenziali e domiciliari di Cure Palliative, storicamente sviluppati attraverso percorsi paralleli afferenti a due assessorati, pervenendo ad un unico profilo di hospice e un unico profilo di Unità di Cure Palliative Domiciliari;
- armonizzare lo sviluppo delle Reti di Cure Palliative con l'attuazione della legge regionale n. 23/2015 *"Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo"*;
- promuovere forme di governo dei processi di presa in carico e di cura in grado di migliorare e semplificare l'accessibilità ai servizi, valorizzare le risorse famigliari e del territorio, incrementare la qualità delle cure e la sostenibilità generale del sistema.

Il documento è coerente con la normativa attuativa della legge n. 38 del 15 marzo 2010 *"Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"* e tiene conto delle indicazioni contenute nei Lea.

Premessa

In conseguenza del progressivo invecchiamento della popolazione e dell'incremento dell'incidenza e prevalenza di condizioni di cronicità complesse, si stima che l'accesso alle Cure Palliative sia appropriato e necessario per l'1,5% dell'intera popolazione.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha recentemente quantificato in 560 malati adulti ogni 100.000 abitanti ogni anno il bisogno di Cure Palliative nella popolazione in Europa; di questi malati, circa il 60% sono affetti da patologie non oncologiche. L'OMS stima che il 30-45% di questi pazienti necessiti di Cure Palliative fornite da equipe specializzate. Il resto del bisogno di Cure Palliative può essere assicurato attraverso modelli di integrazione tra le equipe specializzate e le altre strutture erogative del territorio.

Gli scenari evolutivi in Lombardia indicano la necessità di rispondere ai crescenti bisogni assistenziali di soggetti progressivamente più complessi e fragili dal punto di vista clinico e sociale. La letteratura internazionale valorizza lo sviluppo di modelli integrati di Cure Palliative, attraverso un approccio proattivo, che garantisca la presa in carico personalizzata e la continuità delle cure, attraverso un elevato grado di flessibilità organizzativa.

Regione Lombardia ha visto, negli ultimi 20 anni, lo sviluppo di un sistema di erogazione di Cure Palliative che non ha paragoni in altre regioni. Oggi la forte integrazione dei servizi può consentire il superamento della frammentarietà di un sistema ancora centrato sulla rete d'offerta; occorre pertanto una azione di governo dei processi erogativi che garantisca il coordinamento della presa in carico e del percorso di cura. È necessario costruire sinergie e connessioni organizzative tra i vari livelli di erogazione, tra ospedale e territorio, tra sanitario, sociosanitario e sociale, tra settore pubblico, privato e Organizzazioni non profit, in un'ottica di empowerment del malato, della famiglia e della comunità locale. In Regione Lombardia in particolare, le numerose ONLUS che gestiscono direttamente circa la metà dei servizi residenziali e domiciliari di Cure Palliative, rappresentano un esempio rilevante di attuazione del principio di sussidiarietà che merita una particolare attenzione nella progettazione dei meccanismi di integrazione.

Diversi studi hanno ormai accertato l'efficacia di una presa in carico tempestiva del malato e della sua famiglia da parte della Rete di offerta locale di Cure Palliative al fine di:

- a. ridurre il carico sanitario, organizzativo ed economico, per la cura di patologie inguaribili;
- b. contenere il carico sociale per la famiglia e la collettività associato alle elevate necessità assistenziali di questa tipologia di malati;
- c. evitare ricoveri inappropriati e l'ospedalizzazione dei malati;
- d. evitare il ricorso improprio al Pronto Soccorso, anche attraverso la prevenzione di eventi acuti e la risposta assistenziale a possibili episodi critici.

Le Cure Palliative godono, rispetto ad altre discipline, di un vantaggio culturale e di esperienza; nascono infatti dal superamento dell'approccio specialistico tradizionale (*disease-oriented*), per focalizzarsi sul malato e sulla valutazione globale e multidisciplinare dei suoi problemi (*person-oriented*) per promuovere la dignità della persona e la qualità della vita, con particolare attenzione per gli elementi soggettivi e le condizioni di fragilità sociale, familiare ed economica che si associano ai problemi clinici e assistenziali, nel principio dell'umanizzazione delle cure.

Umanizzazione delle cure

La morte è per ogni essere umano il limite che definisce il confine della vita, l'orizzonte oltre il quale lo sguardo non sa arrivare. Saper ascoltare in modo partecipativo, riuscire a comprendere l'esperienza del morente, non farlo sentire "solo" di fronte alla propria morte, aiutare la persona ad accomiarsi da ciò che ha e da quel che è stato, oltre ad essere un grande impegno umano, basato sul rispetto della persona e della sua dignità, è un dovere e una competenza specifica del professionista che opera nella Rete delle Cure Palliative.

La persona che nelle diverse fasi di progressione della malattia si avvicina alla morte deve poter ricevere un'assistenza che, qualitativamente, contiene segni evidenti di un'umanizzazione generalizzata delle cure. Sapersi occupare della persona che muore, significa, in primis, avere la capacità di confrontarsi con tante differenti "storie" umane, siano esse tristemente brevi, come nel caso di bambini piccoli o giovani fanciulli, siano invece ricche di esperienze di vita come quelle di persone anziane. Il saper stare al fianco della persona che muore, cogliendone e comprendendone le sofferenze, rispettandone i desideri anche in ordine al luogo dove essere curata o dove morire, il saperla aiutare ad attraversare il confine della propria esistenza, rende più facile elaborare la perdita, anche in chi sopravvive: è in tal modo che si recupera "un senso" alla morte del proprio congiunto o paziente, attraverso la consapevolezza e la sensazione di averne non solo rispettato i desideri, ma soprattutto condiviso il percorso.

In questa prospettiva la Rete delle Cure Palliative deve saper favorire un percorso assistenziale umano e partecipato, in cui il malato non è visto come mero portatore di una patologia, ma come persona con i suoi sentimenti, le sue conoscenze, le sue credenze rispetto al proprio stato di salute e che, come tale, è posto al centro della cura, nella sua interezza fisica, psicologica e sociale. Ecco allora che occuparsi della persona che muore non significa occuparsi in maniera organicistica di un corpo malato e del dolore ad esso collegato, ma presuppone possedere un sapere tecnico – operativo sempre più evoluto e qualificato, non disgiunto ma sostenuto da un sapere che si rivolge all' "Essere" e che, su di un piano psicologico – relazionale, comprende il farsi carico del "dolore totale", all'interno dello spazio di cui ogni persona ha bisogno: lo spazio dell'incontro. Ed è in questo spazio che il dolore, la sofferenza, le paure e le diverse emozioni che si accompagnano al fine vita, trovano dignità, in quanto possono essere espresse, comunicate, ascoltate, accolte e comprese. Nel fine vita ogni piccolo gesto assume senso e valore e, in questa dimensione, la presenza costante, qualificata e fidata del care team di Cure palliative diventa per il malato e per il familiare/care giver, fonte di sicurezza e di sostegno, capace di fare emergere ed attivare le risorse personali necessarie a leggere e comprendere i bisogni del congiunto morente.

Sul versante dell'organizzazione sanitaria, si tratta di un impegno a definire, programmare ed attuare interventi che coinvolgono aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza e che richiedono un vero e proprio cambiamento organizzativo dell'assistenza stessa. In questa dimensione per garantire qualità all'assistenza e per prevenire il logoramento di chi, essendo per professione costantemente esposto a situazioni a forte carico emotivo, risulta potenzialmente a rischio di burn out, oltre ad una specifica formazione del personale, vanno previsti costanti momenti formativi, spazi di confronto e lavoro di gruppo, di supervisione e rielaborazione, da parte di operatori qualificati, delle emozioni connesse ai processi assistenziali.

Nel percorso di presa in carico della persona nel fine vita e della sua famiglia, le cure ed il sostegno psicologico e relazionale che si costruiscono attorno al malato e alla sua rete familiare, costituiscono un valore aggiunto, in una dimensione della vita in cui il momento dell'epilogo rappresenta, per chi accompagna e per chi è accompagnato, un arricchimento umano e spirituale.

1. Rete Regionale e Reti Locali di Cure Palliative

In base alla DGR n. IX/4610/2012, l'accesso alle Cure Palliative è garantito attraverso Reti Integrate di Soggetti erogatori accreditati e con il supporto delle associazioni volontariato che assicurano percorsi individualizzati sulla base dei bisogni del malato e della famiglia.

Gli attuali profili erogativi sia a livello residenziale (hospice sanitario e hospice sociosanitario), sia domiciliare (STCP e ADI-CP) storicamente sviluppatisi attraverso percorsi paralleli afferenti a due assessorati, in coerenza all'evoluzione del sistema sociosanitario, devono convergere pervenendo ad un unico profilo di hospice e un unico profilo di Unità di Cure Palliative Domiciliari, assicurando i seguenti livelli assistenziali sui quali si articola la Rete delle Cure Palliative in Lombardia:

- residenziale: hospice
- cure palliative domiciliari (UCP-Dom) – di base e specialistiche
- assistenza a ciclo diurno: day hospital (o day hospice)
- ambulatorio ospedaliero e/o territoriale, MAC

Gli hospice e le UCP-Dom garantiscono, inoltre, il supporto consulenziale:

- in ambito di ricovero ospedaliero
- tra i nodi della Rete Locale di Cure Palliative
- alle unità d'offerta sociosanitarie residenziali per anziani e disabili

Il coordinamento della Rete delle Cure Palliative si struttura su due livelli, uno regionale e uno locale, le cui funzioni sono già in parte delineate nella DGR n. IX/4610/2012 (che recepisce gli atti in CSR Accordo 16/12/2010 e Intesa 25/7/12):

- a. Rete Regionale e Struttura di Coordinamento
- b. Rete Locale di Cure Palliative e Struttura di coordinamento.

Nello specifico con riguardo alle Reti Regionale e Locali di Cure palliative si precisa che:

- La Rete Regionale di Cure Palliative (RRCP), come previsto dalla DGR n. IX/4610/2012, è una aggregazione funzionale ed integrata delle diverse Reti locali. La Struttura funzionale organizzativa coordina e promuove lo sviluppo della Rete Regionale di Cure Palliative, ne monitora l'attività, in aderenza a quanto indicato dall'Accordo stipulato in sede di Conferenza Stato Regioni il 16 Dicembre 2010 e dall'Intesa 25 luglio 2012. La Struttura organizzativa regionale di coordinamento si avvale di uno specifico Gruppo di lavoro costituito da professionisti esperti che operano nelle Reti, dai Direttori dei Dipartimenti di Cure Palliative, ove presenti, da rappresentanti del terzo settore e da una rappresentanza del volontariato, con il compito di monitorare lo stato di realizzazione della Rete delle Cure Palliative e fornire linee di indirizzo circa la implementazione e la qualità dei servizi erogati.
- La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) è l'insieme funzionale dei nodi erogativi e degli organismi di volontariato coinvolti nel percorso assistenziale di Cure Palliative e che operano nel territorio di una o più ASST. Per il coordinamento della RLCP, ciascuna ATS in collaborazione con le ASST individua uno o più Dipartimenti Aziendali o Interaziendali di Cure Palliative in relazione al bacino di utenza e alle peculiarità geografiche; per quanto concerne i Dipartimenti Interaziendali di Cure Palliative viene identificata la ASST capofila.

L'accesso alla Rete di offerta locale può avvenire presso ciascuno dei Soggetti Erogatori accreditati e a contratto che effettua la verifica dei criteri di eleggibilità e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sulla base di strumenti adottati dalla Regione. Alla valutazione iniziale segue la presa in carico nel setting più appropriato.

Al fine di garantire la continuità assistenziale e l'unitarietà dei percorsi, è necessario che i Soggetti erogatori accreditati siano in grado di avviare la presa in carico della persona malata in tutti i quattro livelli assistenziali (residenziale, domiciliare, ambulatoriale, Day-Hospital). Ciò può avvenire sia attraverso la gestione diretta da parte di ciascun Soggetto erogatore di servizi accreditati sui quattro livelli, che attraverso accordi formali tra differenti soggetti erogatori pubblici e/o privati accreditati.

Ai sensi della DGR n. X/5513 del 02.08.2016, la Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) si coordina, nell'ambito dei sistemi organizzativi locali, con la rete integrata della continuità clinico assistenziale (RICCA).

1.1 Le unità di offerta per le Cure Palliative

I malati presi in cura dalla rete di Cure Palliative hanno bisogni complessi ad alto assorbimento di risorse assistenziali ma a basso consumo di risorse diagnostiche e terapeutiche; si tratta di malati che a seguito dell'accesso in un percorso di Cure Palliative, difficilmente si spostano da un nodo erogativo all'altro, così come definito nel presente documento, perché la tipologia dei bisogni rimane costantemente caratterizzata da un evento finale atteso (exitus), seppur con variazioni anche improvvise dell'intensità assistenziale che danno luogo a bisogni variabili in un tempo limitato. Più frequentemente si assiste invece a passaggi da un setting all'altro all'interno di un unico percorso assistenziale di Cure Palliative.

Il periodo di presa in carico dei malati con patologie in fase avanzata è variabile in funzione della natura oncologica o non oncologica della malattia (settimane-mesi), ma resta temporalmente limitato rispetto ai percorsi clinico-assistenziali dei malati affetti da patologie croniche (anni).

Le modalità organizzative ed erogative, attraverso le quali vengono garantiti processi di cura e assistenza ai malati e alle famiglie, soddisfano contemporaneamente i requisiti di cui alla DGR n. IX/4610/2012 recependo l'Intesa CSR 25 luglio 2012.

La Rete Locale Cure Palliative (RLCP) rappresenta un insieme funzionale di nodi erogativi, coinvolti nel percorso assistenziale di Cure Palliative che si integra all'interno del percorso di cura, relativamente all'ultima fase di vita del paziente adulto cronico e/o fragile e della Rete materno infantile per le specificità pediatriche.

A tal fine la Rete Locale di Cure Palliative:

- identifica precocemente il bisogno di Cure Palliative;
- promuove e adotta PDTA specifici;
- promuove e adotta le procedure necessarie al funzionamento della Rete;
- favorisce una presa in carico proattiva del malato in dimissione dalle Unità di offerta del Sistema sanitario per acuti, sub acuti e del Territorio, supportando la famiglia durante tutto il percorso assistenziale;
- rappresenta un momento di sintesi clinica-assistenziale e organizzativa tra ospedale e territorio;
- garantisce l'erogazione congiunta di attività e prestazioni sanitarie, socio-sanitarie ed assistenziali attraverso l'accesso diretto e unitario a prestazioni di Cure Palliative, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni sotto il profilo clinico, funzionale e sociale
- promuove e facilita la presenza nei nodi della rete di volontari con formazione specifica in Cure Palliative, sulla base di protocolli d'intesa/documenti formalizzati che regolino l'attività, le responsabilità, le forme di integrazione tra l'equipe professionale e la componente di volontariato. Devono, a tal fine, essere previsti processi di selezione, di formazione di base e continua dei volontari
- promuove l'umanizzazione delle cure

Tali azioni, promosse dalla RLCP, trovano momento di integrazione con l'offerta di tutti i nodi erogativi in seno alla Rete Integrata di Continuità Clinico Assistenziale e alla Rete Materno Infantile.

Le Cure Palliative possono essere erogate dai seguenti nodi:

- **Assistenza ospedaliera** *consulenza palliativa multiprofessionale medico specialistica e infermieristica nei diversi regimi di assistenza; ospedalizzazione in regime diurno per l'erogazione di prestazioni terapeutiche di particolare complessità non eseguibili nelle altre strutture della Rete; assistenza ambulatoriale e quanto indicato dalla normativa regionale vigente; assistenza residenziale (ove erogata in hospice). Tali attività sono garantite attraverso le UO ospedaliere di Cure Palliative (Strutture complesse di CP, Strutture semplici dipartimentali di CP, Strutture semplici di CP, come previsto dai POA), anche avvalendosi delle strutture accreditate della Rete Locale di Cure Palliative;*
- **Assistenza in hospice:** *complesso integrato di prestazioni mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, preparati di nutrizione artificiale, prestazioni sociali, tutelari, alberghiere, di sostegno spirituale e di assistenza al lutto, attraverso ricovero, anche in regime diurno (Day Hospice) o assistenza ambulatoriale;*
- **Assistenza Domiciliare:** *complesso integrato di cure, erogate da soggetti accreditati per le Cure Palliative ed il setting specifico, attraverso équipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate (prestazioni*

professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, psicologico, da aiuto infermieristico-OSS, assistenza tutelare e sostegno spirituale). I percorsi domiciliari prevedono un livello di base e un livello specialistico tra loro interdipendenti in funzione della stabilità-instabilità clinica e assistenziale.

1.2 Modalità di presa in carico nella Rete Locale di Cure Palliative (RLCP)

Il processo di presa in carico da parte delle Unità d'offerta della RLCP contempera le esigenze di:

- libertà di scelta della persona malata;
- parità tra i soggetti accreditati;
- accompagnamento della persona malata in un percorso di cura tempestivo e integrato.

Segnalazione e accesso alla Rete

La RLCP garantisce la tempestività della presa in carico e la continuità dei percorsi assistenziali nei diversi setting assistenziali.

La presa in carico prevede il coinvolgimento del MMG/PLS che può prendere parte all'equipe assistenziale secondo quanto previsto dal PAI e ne è, comunque, informato e aggiornato. Il processo di presa in carico del malato e della sua famiglia è orientato a garantire al malato percorsi semplificati, tempestivi e flessibili e avviene attraverso un percorso specifico che prevede:

1. segnalazione e accesso alla Rete delle Cure Palliative a seguito di:
 - dimissione protetta dalla struttura di ricovero, a seguito della valutazione del medico palliativista della struttura stessa
 - proposta di un medico specialista
 - proposta del MMG/PLS
 - accesso diretto da parte del paziente o del caregiver
 - segnalazione dei servizi sociali
2. colloquio di valutazione della segnalazione, di norma effettuato presso la sede della struttura residenziale/UCP-Dom accreditata, con i familiari e, qualora ritenuto possibile, con il malato, per l'individuazione del più appropriato setting assistenziale e la verifica della sussistenza dei criteri di eleggibilità definiti nella DGR n. 4610/2012.

L'eventuale avvio del percorso assistenziale prevede:

- la condivisione da parte del nucleo familiare, in particolare dal caregiver e, quando possibile, del malato, in base al livello di conoscenza e consapevolezza della diagnosi e prognosi di malattia
 - l'individuazione all'interno dell'equipe, del personale sanitario (Referente clinico medico e infermiere) di riferimento per ogni paziente al fine di garantire la continuità del rapporto con l'assistito e la famiglia.
3. Prima visita/accesso dell'equipe al domicilio per la validazione dell'avvio del percorso e Valutazione multidimensionale (VMD), in capo ai soggetti erogatori o al medico palliativista dell'ospedale, in grado di definire i bisogni globali della persona e della famiglia/il livello di gravità e di progressione della malattia sulla base di criteri generali e specifici per patologia, attraverso strumenti validati adottati a livello della Rete Regionale
 4. Definizione di un "Piano di assistenza individuale" (PAI), da parte del medico palliativista (referente clinico) in condivisione con l'equipe multidisciplinare e multiprofessionale, sulla base della valutazione multidimensionale.
 5. Su segnalazione da parte dell'equipe, lo psicologo garantisce, in base alla lettura del bisogno, un servizio di supporto al lutto per i familiari per un periodo limitato, con eventuale successivo affidamento ai servizi territoriali.

2. Assistenza in hospice

Le Cure Palliative in hospice, sono costituite da un complesso integrato di prestazioni mediche specialistiche, infermieristiche, di supporto socio-sanitario (OSS), riabilitative, psicologiche, di accertamento diagnostico, di supporto farmacologico, di nutrizione artificiale, di prestazioni sociali, tutelari, alberghiere, di sostegno spirituale e di assistenza al lutto, attraverso ricovero, anche in regime diurno (Day Hospice) o assistenza ambulatoriale; il complesso integrato degli interventi sopra descritti è finalizzato a dare una risposta adeguata ai bisogni delle persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Esse sono erogate da equipe multidisciplinari e multi professionali che assicurano cure e assistenza in via continuativa 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.

Le cure in hospice sono garantite in modo omogeneo su tutto il territorio regionale: gli hospice sono inseriti nei LEA distrettuali, anche quando sono logisticamente situati in strutture sanitarie di ricovero e cura oppure ne costituiscono articolazioni organizzative.

Gli hospice garantiscono il supporto consulenziale alle unità d'offerta sociosanitarie residenziali per anziani e disabili al fine di garantire agli ospiti le necessarie Cure Palliative.

Il processo di presa in carico segue il percorso già definito nella parte generale della Rete Locale.

2.1 requisiti di esercizio e di accreditamento

I requisiti di esercizio e di accreditamento identificano un'unica tipologia di hospice.

Per i requisiti generali di esercizio e di accreditamento, sia organizzativi gestionali che strutturali e tecnologici, si rimanda alla normativa vigente in materia.

Di seguito vengono definiti i requisiti specifici di esercizio e di accreditamento.

Requisiti strutturali specifici di esercizio e di accreditamento	
Localizzazione	Gli hospice sono collocati all'interno di: <ul style="list-style-type: none">▪ locali/edifici specificamente dedicati▪ strutture ospedaliere▪ strutture residenziali del sistema sociosanitario
	L'hospice è localizzato: <ul style="list-style-type: none">▪ in zona urbana o urbanizzata, adeguatamente collegata con il contesto urbano, in modo da favorire l'accessibilità da parte dei familiari e dei parenti▪ in zona protetta dal rumore cittadino o, in caso di impossibilità, dotata di opportuni sistemi per l'abbattimento del rumore
Capacità ricettiva	La capacità ricettiva dell'hospice, considerate le esigenze di elevata personalizzazione dell'intervento, è compresa tra 8 e 30 posti letto articolata in uno o più nuclei. Per l'accreditamento la capacità ricettiva è compresa tra 8 e 20 posti letto.
Tipologia strutturale e articolazione funzionale:	La tipologia strutturale adottata garantisce il rispetto della dignità del paziente e dei suoi familiari mediante una articolazione spaziale utile a creare condizioni di vita simili a quelle godute dal paziente presso il proprio domicilio, con possibilità di personalizzazione delle stanze, compatibilmente con lo spazio esistente. La qualità degli spazi progettati facilita il benessere ambientale, la fruibilità degli spazi e il benessere psicologico. L'articolazione funzionale dell'hospice include le seguenti aree: a) area destinata alla residenzialità b) area destinata alla valutazione e alle terapie c) area generale di supporto

Area destinata alla residenzialità	
Camere	<ul style="list-style-type: none"> ▪ singole di dimensioni minime di 9 mq e, comunque, in cui sia assicurato adeguato spazio per gli interventi medici ▪ con letto o poltrona letto per la permanenza di un accompagnatore ▪ dotate di servizio igienico attrezzato di ausili per la non autosufficienza ▪ dotate di tavolo per consumare i pasti e poltrona
Servizi di nucleo	<p>Devono essere specifici per ogni nucleo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ locale di lavoro per il personale di assistenza in posizione idonea ▪ locale deposito sporco dotato di vuotatoio e lavapadelle <p>Possano essere condivisi da nuclei contigui posti sullo stesso piano:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ cucina-tisaneria ▪ servizi igienici per il personale ▪ soggiorno polivalente o spazi equivalenti anche divisi in ambiti da destinare a diverse attività (ristorazione, conversazione, lettura) <p>Possano essere condivisi con nucleo contiguo o fra due nuclei situati su massimo due piano sovrapposti ed idoneamente collegati:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ambulatorio-medicheria anche ad uso locale per i medici ▪ deposito biancheria pulita ▪ deposito attrezzature/carrozine/materiale consumo
Area valutazione e terapia	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ locale per preparazione e manipolazione dei farmaci e preparazioni nutrizionali ▪ locali e attrezzature per terapie antalgiche e prestazioni ambulatoriali, qualora previste, con spazio per l'attesa che non intralci i percorsi ▪ locali per prestazioni in regime diurno, qualora previste ▪ locale per colloqui con il personale (psicologo, assistente sociale, ecc) ▪ locale deposito sporco ▪ deposito pulito e attrezzature
Area generale di supporto	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ingresso con portineria, telefono e spazi per le relazioni con il pubblico ▪ servizi igienici per parenti e visitatori ▪ spogliatoio per il personale con servizi igienici ▪ spogliatoio e locali di sosta e lavoro per il personale volontario ▪ locale per le riunioni di equipe ▪ camere mortuarie in numero idoneo (raccomandato 1 ogni 8 letti) ▪ spazio per i dolenti ▪ sala per il culto ▪ locale per uso amministrativo ▪ cucina, dispensa e locali accessori per lavanderia e stireria (qualora questi servizi venissero dati in appalto, l'hospice deve essere dotato di locali di stoccaggio o di temporaneo deposito o di riscaldamento dei cibi, di supporto alle ditte esterne) ▪ magazzini
	I locali previsti per l'area valutazione e terapia e per l'area generale di supporto sono condivisibili con la struttura in cui è collocato l'hospice, purché funzionalmente adeguati.
Requisiti tecnologici specifici di esercizio	
Requisiti minimi impiantistici	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impianto di riscaldamento o climatizzazione ▪ Impianto di illuminazione di emergenza ▪ Impianto di forza motrice nelle camere con almeno una presa ▪ Impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa e con segnalazione centralizzata delle chiamate ▪ Impianto di gas medicali: vuoto, ossigeno e aria ▪ Impianto telefonico con disponibilità di telefoni fissi e mobili per i pazienti in ogni modulo ▪ Impianto televisivo

Fattori di sicurezza / prevenzione infortuni	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pavimenti in materiale e superficie antisdrucchiolo ▪ assenza di barriere architettoniche ▪ applicazione sostegni e mancorrenti in vista alle pareti e ai servizi igienici ▪ sistema di allarme nelle camere e nei servizi igienici per i pazienti ▪ segnaletica di informazione
Dotazioni tecnologiche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ arredi, comprendenti letti speciali con schienali regolabili ▪ ausili e presidi, inclusi materassi e cuscini antidecubito, carrozzine, sollevatori-trasportatori, barelle-doccia, vasche da bagno per disabili ▪ apparecchiature, incluse quelle idonee alla gestione della terapia e strumentario per piccola chirurgia

Requisiti organizzativi e gestionali specifici di esercizio e di accreditamento	
Figure professionali	<p>È individuata un'equipe multidisciplinare e multiprofessionale in possesso di adeguata formazione ed esperienza, composta da:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ medico ▪ infermiere ▪ OSS ▪ psicologo ▪ assistente sociale ▪ altre figure professionali individuate in base alle specifiche esigenze <p>Sono inoltre assicurate le figure professionali del fisioterapista e del dietista, attivabili in funzione del Piano di Assistenza Individuale, disponibili anche nell'ambito della RLCP.</p> <p>Le suddette figure sono integrate dall'assistente spirituale, nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza del cittadino.</p>
	<p>Le prestazioni mediche possono essere erogate da:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ medici specialisti in anestesia, rianimazione e terapia intensiva, ematologia, geriatria, medicina interna, malattie infettive, neurologia, oncologia medica, radioterapia, specializzazioni afferenti alla disciplina delle cure palliative ▪ medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative accreditate che, indipendentemente dal possesso di una specializzazione, sono in possesso di un'esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative, di cui alla Legge 27 dicembre 2013 n. 147 e successivo Decreto Ministeriale 4 giugno 2015, certificata da Regione Lombardia (secondo le disposizioni DGR n. 5341 del 27 giugno 2016)
	<p>Il personale operante nella struttura possiede le competenze previste dalla normativa vigente per l'erogazione di cure palliative</p>
Continuità dell'assistenza	<p>La continuità delle cure e dell'assistenza è assicurata sulle 24 ore, 365 giorni all'anno.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medico: la presenza del medico è assicurata sui sette giorni settimanali. La pronta disponibilità medica è assicurata dall'hospice in modo continuativo sulle 24 ore, eventualmente anche sulla base di accordi nell'ambito della RLCP ▪ Infermiere: la presenza dell'infermiere è garantita in modo continuativo sulle 24 ore ▪ OSS: la presenza dell'OSS è garantita in modo continuativo sulle 24 ore ▪ Psicologo e assistente sociale: per queste figure professionali la continuità può essere garantita dall'hospice sulla base di accordi tra le unità d'offerta nell'ambito della RLCP, in particolare per la gestione di periodi limitati di assenza dell'operatore dedicato.
Riunioni d'equipe	<p>L'equipe effettua riunioni periodiche finalizzate alla definizione, verifica o rimodulazione del piano terapeutico/verifica e promozione della qualità dell'assistenza</p>
Care Manager	<p>È individuata all'interno dell'equipe la figura del care manager con funzione di coordinamento di natura gestionale-organizzativa sulle attività assistenziali di uno o più pazienti in carico alla struttura</p>
Case Manager	<p>È individuata, all'interno dell'equipe, per ogni malato assistito, la figura del case manager con funzione di coordinamento del percorso individuale del malato e del suo nucleo familiare, e di referente della continuità del percorso stesso</p>

Referente clinico	È individuato il medico palliativista di riferimento per ogni malato assistito, responsabile del programma diagnostico-terapeutico del paziente e punto di riferimento del malato e del suo nucleo familiare
Standard assistenziali minimi	Medico: 30 minuti/paziente/die (calcolato su 7 giorni) Infermiere: 180 minuti/paziente/die (calcolato su 7 giorni) OSS/OTA: 90 minuti/paziente/die (calcolato su 7 giorni) Psicologo: 35 minuti/paziente/settimana Assistente sociale: 35 minuti/paziente/settimana
Attività di front-office	Presenza di un servizio di segreteria (front office) per almeno 7 ore al giorno, dal lunedì al venerdì
Documentazione sanitaria	Adozione della cartella clinica/FASAS, redatta secondo le normative vigenti
Protocolli e programmi	È garantita la presenza e la diffusione agli operatori di protocolli formalizzati almeno per: <ul style="list-style-type: none"> ▪ il controllo del dolore e dei sintomi fisici e psicologici ▪ la sedazione ▪ l'alimentazione e l'idratazione ▪ il nursing ▪ le principali procedure diagnostiche e terapeutiche
	È garantita la presenza di programmi formalizzati almeno per: <ul style="list-style-type: none"> ▪ l'informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla famiglia, ▪ l'accompagnamento alla morte e l'assistenza al lutto ▪ l'audit clinico ▪ il sostegno psicoemotivo all'equipe attraverso momenti formativi, spazi di confronto e lavoro di gruppo, di supervisione e rielaborazione, da parte di operatori qualificati, delle emozioni connesse ai processi assistenziali ▪ il reclutamento e la valutazione periodica del personale ▪ la formazione continua specifica del personale ▪ la collaborazione con le associazioni di volontariato
Farmaci e presidi	È garantita la fornitura diretta dei farmaci e dei dispositivi medici, presidi e ausili, ad esclusione unicamente per i pazienti affetti da AIDS, dei farmaci "file F".

Tabella riassuntiva degli standard gestionali

STANDARD GESTIONALI MINIMI HOSPICE		
FIGURA PROFESSIONALE	minuti/pz/die	minuti/pz/settimana
MEDICO	30'	
INFERMIERE	180'	
PRESENZA NELLE 24 ORE	SÌ	
OSS/OTA	90'	
PRESENZA NELLE 24 ORE	SÌ	
PSICOLOGO		35'
ASSISTENTE SOCIALE		35'
FISIOTERAPISTA	Disponibilità	
DIETISTA	Disponibilità	
ASSISTENTE SPIRITUALE	Disponibilità	

3. Assistenza Domiciliare – Unità di Cure Palliative Domiciliari

Le Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP-Dom) erogano assistenza domiciliare cure palliative a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

Le UCP-Dom sono uno dei nodi erogativi della Rete Regionale e Locale di Cure Palliative ed operano al suo interno in modo organizzato e coordinato sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete.

Erogano prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, aiuto infermieristico, assistenza tutelare e sostegno spirituale, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci, dei dispositivi medici, presidi ed ausili previsti dal Piano di Assistenza Individuale (PAI), nonché dei preparati per nutrizione artificiale.

Le cure palliative domiciliari si articolano in:

1. livello base
 - a. interventi rivolti a malati con bisogni clinici e assistenziali a decorso stabile e con minor tendenza a sviluppare complicanze
 - b. interventi programmabili
 - c. percorsi per i quali si prevede, in base al PAI, un Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) inferiore a 0,50 e, di norma, superiore a 0,20
2. livello specialistico
 - a. interventi rivolti a malati con bisogni clinici e assistenziali complessi legati anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, per i quali gli interventi di base sono inadeguati
 - b. interventi erogati in modo specifico da équipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate all'attività di cure palliative
 - c. interventi che richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare
 - d. il referente clinico è il medico palliativista
 - e. percorsi per i quali si prevede, in base al PAI, un CIA superiore o uguale a 0,50.

Il CIA è determinato dagli accessi del medico palliativista e dell'infermiere.

Le figure professionali OSS, fisioterapista, psicologo e assistente sociale concorrono alla determinazione del CIA per un valore non superiore al 20%.

Le Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP-Dom) garantiscono:

1. interventi di base e interventi specialistici definiti sulla base della differente intensità assistenziale necessaria per rispondere adeguatamente ai bisogni dei malati e delle loro famiglie;
2. pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore, per entrambi i livelli assistenziali, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver in funzione del PAI; anche sulla base di accordi con altre strutture accreditate per le Cure Palliative (hospice, UCP-Dom) nell'ambito della Rete di CP.
3. il supporto consulenziale alle strutture residenziali per anziani e disabili al fine di garantire agli ospiti le necessarie Cure Palliative

Il processo di presa in carico segue il percorso già definito nella parte generale della Rete Locale con la specifica che nel PAI iniziale viene delineato il livello di intensità assistenziale di accesso, di base o specialistico.

Il percorso assistenziale di cure palliative per uno stesso malato può essere caratterizzato da differenti livelli di intensità assistenziale domiciliare e da differenti set assistenziali, secondo quanto descritto dalla DGR n. IX/4610/12, ma non contemporaneamente.

3.1 Requisiti di esercizio e di accreditamento

I requisiti di accreditamento identificano un'unica tipologia di Unità di Cure Palliative Domiciliari.

Per i requisiti generali di esercizio e di accreditamento, sia organizzativi gestionali che strutturali e tecnologici, si rimanda alla normativa vigente in materia.

Di seguito vengono definiti i requisiti specifici di esercizio e di accreditamento.

Requisiti strutturali e tecnologici specifici	
Sede	<p>Sede operativa facilmente raggiungibile dall'utenza e funzionale alle attività organizzative e gestionali, con la seguente articolazione degli spazi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ locale con funzioni di segreteria e front-office per la gestione delle segnalazioni e delle richieste di attivazione nonché per la conservazione della documentazione sanitaria (Cartella clinica) contenente il PAI e il diario assistenziale degli assistiti in conformità al D.L.vo 196/03 in materia di privacy ▪ uno o più locali ad uso magazzino sanitario da gestire in conformità alle normative in materia di tenuta di farmaci e presidi sanitari ▪ locali adeguati per i colloqui e le riunioni d'equipe
	<p>Presenza di idonea segnaletica nell'area esterna dell'edificio che ospita la sede operativa, con gli orari di apertura e i riferimenti telefonici</p>
Attrezzature e DPI	<p>La Struttura deve assicurare la disponibilità e le condizioni di buon utilizzo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ divise e dispositivi di protezione individuale, in coerenza con le norme relative alla prevenzione ed alla protezione dei lavoratori dai rischi collegati all'attività domiciliare ▪ mezzi di trasporto (in base alle caratteristiche del territorio) per il raggiungimento del luogo di vita dell'utente da parte degli operatori ▪ adeguati mezzi informatici e di comunicazione

Requisiti organizzativi e gestionali specifici	
Unitarietà del percorso	<p>La UCP-Dom garantisce interventi di base e interventi specialistici sulla base della differente intensità assistenziale necessaria per rispondere adeguatamente ai bisogni dei malati e delle loro famiglie</p>
Figure professionali	<p>Le prestazioni sono erogate da un'equipe multidisciplinare composta almeno da:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ medico ▪ infermiere ▪ psicologo ▪ OSS <p>Sono inoltre assicurati i profili professionali di fisioterapista, dietista e assistente sociale e eventuali altre figure attivabili in funzione dei bisogni delle persone in carico e in base al PAI.</p>
	<p>Il personale medico e infermieristico è prevalentemente dedicato all'attività di Cure Palliative</p>
	<p>Il personale operante nella struttura possiede le competenze previste dalla normativa vigente per l'erogazione di cure palliative</p>
	<p>Nell'ambito dell'equipe sono individuati un responsabile medico e un responsabile infermieristico</p>
Segreteria	<p>È attivo il servizio di segreteria con servizio di front-office, anche telefonico, per almeno 7 ore al giorno dal lunedì al venerdì</p>
Copertura/continuità assistenziale	<p>Gli interventi sono programmati e articolati in base al PAI:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 7 giorni su 7 ▪ 10 ore/die da lunedì a venerdì ▪ 6 ore/die il sabato e festivi
Pronta disponibilità	<p>È garantita la pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care giver in funzione del PAI.</p>

	La Pronta disponibilità è assicurata anche avvalendosi di sinergie formalmente definite con altri soggetti erogatori accreditati nell'ambito della Rete Locale di Cure Palliative
Care Manager	È individuata la figura del care manager con funzione di coordinamento di natura gestionale-organizzativa sulle attività assistenziali di uno o più pazienti in carico alla struttura
Case Manager	È individuata, per ogni malato assistito, la figura del case manager con funzione di coordinamento del percorso individuale del malato e del suo nucleo familiare, e di referente della continuità del percorso stesso
Referente clinico	È individuato il medico palliativista di riferimento per ogni malato assistito, responsabile del programma diagnostico-terapeutico del paziente e punto di riferimento del malato e del suo nucleo familiare
Equipe medico-infermieristica assegnata	È individuato, all'interno dell'equipe, il personale sanitario (medico e infermiere) di riferimento per ogni paziente, al fine di garantire la continuità del rapporto con l'assistito e la famiglia
Tempestività della presa in carico	La presa in carico rispetta le seguenti tempistiche: <ul style="list-style-type: none"> ▪ colloquio di presa in carico con i familiari (e se possibile con la persona malata) deve avvenire il prima possibile e comunque deve essere garantita, se necessario, da parte della struttura che vi sia la disponibilità ad effettuare il colloquio entro 24 ore dalla segnalazione ▪ prima visita entro 48 ore dal colloquio, salvo differenti esigenze espresse dalla famiglia ▪ redazione del PAI entro 72 ore dalla prima visita
Materiale informativo	È presente il materiale informativo, che l'equipe consegna a domicilio, completo di: <ul style="list-style-type: none"> ▪ modalità della reperibilità sanitaria nelle 24 ore e relativi recapiti telefonici ▪ recapito telefonico e orari di attività della segreteria ▪ composizione dell'equipe medico infermieristica assegnata
Documentazione sanitaria	Adozione della cartella clinica/FASAS, redatta secondo le normative vigenti
	I colloqui di sostegno psicologico con i familiari, compresa l'attività di supporto al lutto, presso la sede operativa sono registrati nella documentazione sanitaria.
Protocolli e programmi	È garantita la presenza e la diffusione agli operatori di protocolli formalizzati almeno per: <ul style="list-style-type: none"> ▪ il controllo del dolore e dei sintomi fisici e psicologici ▪ la sedazione ▪ l'alimentazione e l'idratazione ▪ il nursing ▪ le principali procedure diagnostiche e terapeutiche
	È garantita la presenza di programmi formalizzati almeno per: <ul style="list-style-type: none"> ▪ l'informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla famiglia, ▪ l'accompagnamento alla morte e l'assistenza al lutto ▪ l'audit clinico ▪ il sostegno psicoemotivo all'equipe attraverso momenti formativi, spazi di confronto e lavoro di gruppo, di supervisione e rielaborazione, da parte di operatori qualificati, delle emozioni connesse ai processi assistenziali ▪ il reclutamento e la valutazione periodica del personale ▪ la formazione continua specifica del personale ▪ la collaborazione con le associazioni di volontariato
Farmaci e presidi	È garantita la fornitura diretta dei farmaci e dei dispositivi medici, presidi e ausili. Sono utilizzabili da parte delle UCP Domiciliari i farmaci H OSP in ambito extraospedaliero secondo un elenco e procedure definite a livello regionale.

4. Assistenza Ospedaliera

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, le Cure Palliative sono garantite per tutti i malati in funzione dei bisogni e in integrazione con i percorsi di cura delle malattie croniche evolutive in fase avanzata.

Le Cure Palliative in ospedale, nell'ambito della Rete di Cure Palliative, comprendono:

1. Consulenza palliativa
2. Day Hospital/Day Hospice
3. Assistenza ambulatoriale e/o MAC
4. Hospice, ove presente (si rinvia alla parte descritta in precedenza)

Tali attività devono essere garantite dall'ospedale, anche avvalendosi delle strutture accreditate (hospice e UCP-Dom) della Rete Locale di Cure Palliative.

4.1 Consulenza palliativa

La consulenza palliativa medico specialistica, in tutti i regimi di assistenza delle diverse unità operative ospedaliere è finalizzata a garantire l'ottimale controllo dei sintomi, l'ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, l'individuazione del percorso e del setting di presa in carico più appropriato, una corretta comunicazione con il malato e con la famiglia, contribuendo ad assicurare la continuità assistenziale durante tutto il percorso di malattia e l'integrazione tra i diversi livelli assistenziali della Rete.

Le consulenze medico specialistiche possono non essere contestuali.

Tabella 4: Tipologia delle prestazioni erogate:

Descrizione	Modalità di rilevazione
Valutazione multidimensionale Cure Palliative	Identificazione del bisogno di Cure Palliative attraverso la valutazione multidimensionale. Attività di raccolta dati, informazione, indirizzo e supporto, con la partecipazione di diverse figure professionali. Pianificazione del percorso di cura nell'ambito della Rete di Cure Palliative
Consulenza medica di Cure Palliative	Prestazioni di consulenza che vengono effettuate dal medico di Cure Palliative per pazienti con patologia oncologica e non oncologica, finalizzate alla: <ul style="list-style-type: none">▪ valutazione del dolore e dei sintomi▪ programmazione della terapia specifica▪ progettazione di piani terapeutici individualizzati e attivazione della Rete di Cure Palliative

In funzione di specifici bisogni è possibile ricorrere alla attivazione delle altre figure professionali dell'equipe di Cure Palliative.

4.2 Day-Hospital/Day Hospice

L'ospedalizzazione in regime diurno, in coerenza con la normativa regionale, è finalizzata all'erogazione di prestazioni non eseguibili nelle altre strutture della Rete di Cure Palliative, che richiedono un periodo di osservazione prolungata, per pazienti complessi

4.3 Assistenza specialistica in regime MAC e ambulatoriale

Assistenza in regime MAC

Prevede l'erogazione di prestazioni diagnostiche e terapeutiche in funzione della complessità e del piano di cura, da erogare nelle tipologie n° 9,10, 11, 12, in coerenza con la D.g.r. n.2633/11_all 10 e d.g.r. n.2946/2012 all. 4.

Assistenza in regime ambulatoriale

Garantisce prestazioni per i pazienti autosufficienti che necessitano della valutazione multidimensionale specialistica per il controllo ottimale dei sintomi e per il supporto alla famiglia.

5. Percorsi di Cure Palliative nell'ambito della Rete delle Unità d'offerta di Cure Palliative e rapporti con continuità clinico-assistenziale

5.1 Il Percorso di Cure

Identificazione precoce

Alla Rete di Cure Palliative accedono malati identificati in ambito territoriale o in ambito ospedaliero. Dalla recente letteratura, l'orizzonte temporale di intervento delle Cure Palliative si è esteso fino a 12-24 mesi dalla morte poiché si è dimostrato che alcuni problemi rilevanti del "fine vita" sono meglio affrontati se, all'inizio della traiettoria di declino, la cura erogata ha un'efficace impronta palliativa. L'identificazione precoce del bisogno di Cure Palliative è un compito della Rete di Cure Palliative. A tale obiettivo concorrono i MMG/PLS gli specialisti di branca operanti nelle strutture sanitarie e sociosanitarie.

Presenza in carico nella Rete di Cure Palliative

Una volta identificato il bisogno, la persona malata è presa in carico nella Rete Locale di Cure Palliative nei diversi regimi ambulatoriale, domiciliare di base e specialistica o in hospice anche in relazione alla complessità assistenziale. Tale presa in carico comporta un assessment attraverso strumenti di valutazione multidimensionale in grado di identificare correttamente i bisogni e orientare i piani di assistenza. Prevede l'adozione di un sistema di clinical governance dinamico che comprende l'acquisizione di strumenti metodologici complementari da utilizzare in maniera integrata: formazione continua, gestione del rischio, audit clinico, evidence-based-practice, linee guida, utilizzo delle tecnologie della comunicazione e informazione, sistemi informativi per la valutazione degli indicatori di processo e di esito, ricerca e sviluppo, coinvolgimento dei pazienti. Prevede inoltre la predisposizione di un sistema di indicatori di qualità (sicurezza, efficacia, appropriatezza, coinvolgimento del paziente, equità, efficienza).

Il coordinamento della Rete Locale di Cure Palliative assicura il necessario supporto professionale, formativo e Information Communication Technology a garanzia di un reale e tempestivo governo clinico del percorso di cura e assistenza del malato preso in carico.

5.2 Il modello proattivo

Il modello è coerente con le migliori esperienze internazionali e con quanto descritto in letteratura in merito alla evoluzione delle Cure Palliative verso un sistema di identificazione precoce del bisogno di Cure Palliative nell'ambito dei percorsi di cura e assistenza.

Modelli di intervento delle Cure Palliative nelle malattie croniche evolutive	
Interventi "Proattivi"	Interventi "Reattivi"
<ul style="list-style-type: none">• Prevalenza di malati non-cancro 85%-15%• Soprattutto Servizi territoriali• C.P. precoci• Lunga sopravvivenza 12-14 mesi• Cure preventive / programmate• Strumenti per l'identificazione precoce dei malati• Pianificazione anticipata delle cure• "Case management"• Cure integrate	<ul style="list-style-type: none">• Prevalenza di malati con cancro 70/30• Soprattutto Servizi di Cure Palliative Specialistici• C.P. tardive• Breve sopravvivenza 2-3 mesi• Strumenti per l'inserimento delle C.P. specialistiche• Cure "reattive", dopo le crisi• Cure post-acute, dopo emergenze• Cure frammentate
<small>Gomez-Batiste X., Martinez-Munoz M. et al., Curr Opin Support Palliat Care 2012,6:371-378</small>	

Target di riferimento

Con riferimento al modello di classificazione della cronicità di cui alla DGR n. X/4662/2015, la Rete di Cure Palliative si rivolge alla persona affetta da malattie croniche complesse: “ ... rappresentano l’ultima fase evolutiva della malattia, nella quale confluiscono varie condizioni morbose che, pur provenendo da branche specialistiche diverse, sono assimilabili tra loro in termini di bisogni assistenziali e di cura, essendo caratterizzate dalla necessità di forte integrazione tra area sanitaria e sociosanitaria”.

Le cure palliative, pertanto, si rivolgono, con intensità differenziata, a persone in fase avanzata di malattia oncologica e non oncologica.