

Gruppo di lavoro SICP-FCP “Complessità e Reti di Cure Palliative”

Capitolo 3

IL MODELLO ORGANIZZATIVO

1. Premessa

I capitoli precedenti hanno mostrato che le stime recenti evidenziano un bisogno potenziale di cure palliative decisamente elevato, con una prevalenza tra l'1/1.4% dell'intera popolazione e un'incidenza che si attesta tra il 70/82% di tutti i deceduti. Un'analisi della letteratura internazionale ha poi consentito di verificare come si stiano sviluppando numerosi strumenti validati, finalizzati ad una sempre più approfondita lettura della complessità clinica e assistenziale del malato e del nucleo familiare. Vi è pertanto evidenza che, a fronte di un numero elevato di malati con bisogni di cure palliative si vadano progressivamente affinando le possibilità di stratificare tale bisogno in base a differenti gradienti di complessità. Emerge pertanto la necessità di progettare modelli organizzativi caratterizzati da livelli assistenziali differenziati per tipologie, intensità e case mix professionale, al fine di assicurare a tutti coloro che ne hanno bisogno forme di presa in carico coerenti con il livello di complessità dei bisogni espressi.

Le cure palliative iniziano a diffondersi in Italia a metà degli anni 80 e si strutturano in modo significativo nei primi anni 2000 (1) per rispondere alle esigenze del malato oncologico in fase terminale di malattia. Il modello organizzativo di riferimento è stata l'esperienza anglosassone basata sui programmi Hospice (hospice programs), intesi come servizi specialistici di tipo residenziale e domiciliare. In Italia un modello simile ha caratterizzato, a partire dagli anni 90, la rete di Case Alloggio e delle cure domiciliari per malati di AIDS; tali pazienti erano infatti allora soggetti ad un decorso segnato da un deperimento rapido e progressivo che portava al decesso in tempi relativamente brevi (2). Negli ultimi vent'anni il panorama epidemiologico è radicalmente cambiato, il decorso delle malattie oncologiche è sempre più prolungato, patologie neurologiche e demenze sono in crescita ed emergono più chiari bisogni di cure palliative per molte altre patologie (3)(4).

In conseguenza dell'evoluzione epidemiologica e di una progressiva diffusione della cultura delle cure palliative, nuovi modelli organizzativi e strumenti operativi si affacciano sul panorama nazionale e internazionale e alcune Regioni Italiane si avviano a sperimentare modelli sempre più strutturati in attuazione della legge 38/10 (5)(6).

I modelli più efficaci, che ambiscono ad assicurare le necessarie cure palliative per una pluralità di patologie, per una ampia parte del decorso e in ogni luogo di cura, sono caratterizzati dai seguenti processi organizzativi:

Gruppo di lavoro SICP-FCP “Complessità e Reti di Cure Palliative”

1. una differenziazione di setting e ambiti di erogazione delle cure caratterizzati da livelli di intensità assistenziale e case mix professionale collegati a differenti livelli di complessità dei bisogni;
2. l’implementazione di Reti Regionali e Locali di CP dotate di Strutture di Coordinamento capaci di integrare i nodi e gli attori del percorso di cura in tutte le fasi. La Rete deve promuovere l’identificazione precoce dei malati, la valutazione dei bisogni, l’accesso a cure palliative di qualità nel setting più idoneo e appropriato.

Tali modelli evidenziano la necessità di misurare il livello di complessità, in base ad una attenta valutazione multidimensionale, e orientare il malato verso il livello di intensità di cure palliative più adeguate ai bisogni.

Una rappresentazione grafica di questi modelli, spesso utilizzata a livello internazionale (3,7,8) è riportata nella Fig. 1; attraverso una figura piramidale, vengono proposti tre livelli di complessità cui corrispondono differenti ruoli e responsabilità per le Unità di cure palliative specialistiche e diversi livelli di erogazione:

- **Bassa complessità** – caratterizza malati con bisogni di cure palliative a minore complessità (ad es. in fase precoce di malattia e/o con un discreto livello di stabilità clinica). Per questi malati non è solitamente necessario l’intervento diretto di una équipe specialistica. Le cure palliative sono fornite da personale “non specialistico” (e quindi non dedicato) con competenze di base in cure palliative.
- **Media complessità** – caratterizza malati ancora seguiti da medici/equipe non specialistiche di cure palliative, con bisogni di complessità moderata che necessitano però delle competenze ed esperienze di una équipe specialistica di cure palliative. Quest’ultima non opera una presa in carico globale ed esclusiva ma si affianca agli operatori che seguono il malato per un percorso di cura condiviso (“shared care”).
- **Alta complessità** – caratterizza malati con bisogni complessi, coerenti con la necessità di una presa in carico di tipo intensivo e globale da parte di un’équipe specialistica di cure palliative, pur potendo prevedere la necessità di coinvolgere il MMG o gli specialisti di riferimento per la patologia.

È possibile che il percorso di malattia comporti una bassa complessità dei bisogni fino al decesso del malato o che il decorso segua andamenti fluttuanti in corrispondenza di fasi di scompenso, acutizzazione dei sintomi o temporanee situazioni di fragilità o difficoltà familiare e/o sociale. Solitamente la complessità aumenta con il progredire della malattia e ciò comporta la necessità di periodiche rivalutazioni globali cui corrisponde un progressivo adeguamento del livello di intensità delle cure, del setting e delle professionalità coinvolte con un percorso dai livelli più bassi a quelli più alti della piramide.

Gruppo di lavoro SICP-FCP “Complessità e Reti di Cure Palliative”

2. I Livelli assistenziali

Prendendo spunto dalla piramide presentata nella Fig. 1 e 2, a partire dai tre gradi di complessità, si possono identificare livelli di intensità e tipologie corrispondenti di erogazione delle CP, che vengono classificate in tre macro-aree: “**Approccio Palliativo**”, “**Cure Condivise (Shared Care)**” e le “**CP Specialistiche**”.

Come vedremo in seguito, tutti i tre livelli di erogazione si integrano all’interno della Rete Locale di Cure Palliative (RLCP).

2.1 Approccio palliativo (AP)

L’approccio palliativo alle cure si basa su alcuni elementi fondamentali (9):

- Una cura centrata sul malato e sulla sua famiglia e non centrata sulla malattia, con la qualità di vita come obiettivo fondamentale
- L’importanza di una relazione terapeutica basata su una comunicazione chiara e sincera rispetto all’evoluzione prognostica, per una pianificazione condivisa delle cure
- Una grande attenzione alla valutazione ed al controllo dei sintomi di minore complessità causa di sofferenza ed una cura ed assistenza competenti fino agli ultimi momenti della vita

L’approccio palliativo prevede la presa in carico dei pazienti da parte di professionisti con competenze di base in cure palliative: MMG, specialisti di branca ospedalieri o delle Strutture Sociosanitarie per Anziani o Disabili. Non prevede l’intervento diretto di équipe specialistiche di cure palliative (salvo consulenze occasionali richieste dai curanti che mantengono la responsabilità della cura).

Utenza: Riguarda malati con patologia cronica degenerativa (oncologica e non oncologica) in progressione e relativi nuclei caregiver/familiari che, in ragione di una complessità limitata dei loro bisogni di cure palliative, possono essere assistiti da personale sanitario con competenze di base in cure palliative.

Tale condizione potrebbe permanere per l’intero decorso della malattia fino al decesso o evolvere verso una maggiore complessità e pertanto comportare la necessità di un livello di presa in carico che coinvolge l’équipe specialistica di cure palliative.

Finalità: attuare Cure Palliative Precoci/Tempestive

I setting coerenti con l’approccio palliativo sono:

- domicilio del malato
- ospedale (in regime di ricovero o ambulatoriale, in coerenza con l’art 38 dei LEA);
- strutture ambulatoriali extra-ospedaliere
- RSA e RSD
- istituti di pena o altri contesti di istituzionalizzazione;

Gruppo di lavoro SICP-FCP “Complessità e Reti di Cure Palliative”

Nel contesto delle cure domiciliari che rientrano nell’area dell’“approccio palliativo” il Referente Clinico è il MMG, che deve possedere una buona competenza in cure palliative al fine di garantire un ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; a tal fine può anche avvalersi di consulenze occasionali da parte dell’équipe specialistica. Analoghe competenze di base in cure palliative devono essere conseguite dai professionisti sanitari di tutti gli altri setting di cui sopra.

In merito all’approccio palliativo il ruolo della RLCP riguarda: la formazione del personale non dedicato, la definizione del processo di identificazione dei pazienti con bisogni di cure palliative, la promozione della connessione con tutti gli altri nodi della Rete e la valutazione della qualità. È importante che le informazioni fondamentali relative ai malati identificati siano condivise all’interno della RLCP e con tutti i nodi delle reti sanitarie.

2.2 Cure Condivise (CC) o (Shared care (SC)

Le CC (SC) sono la risposta organizzativa considerata più appropriata per i pazienti con un livello intermedio di complessità dei bisogni del malato e del nucleo caregiver/familiari; sono caratterizzate dalla condivisione delle cure tra il medico/équipe che segue il paziente (MMG, Specialista di branca) e l’équipe di cure palliative.

La Pianificazione delle cure e gli obiettivi terapeutici sono condivisi con il malato e concordati tra una pluralità di professionisti sanitari che partecipano alla presa in carico, ciascuno con le proprie specifiche competenze e aree di intervento.

Il malato assistito con il modello delle “Cure Condivise o Shared Care” può passare nel livello di “Approccio palliativo” se i bisogni si riducono di complessità, rimanere in questo livello se i bisogni rimangono stabili, oppure accedere alle Cure Palliative Specialistiche se aumenta la complessità dei bisogni.

Utenza: Malati con aspettativa di vita limitata e con un livello moderato di complessità dei bisogni di cure palliative.

Finalità: Cure Palliative Precoci/Tempestive

Setting di cura coerenti con le Cure Condivise o Shared Care:

- RSA/RSD, gli Istituti di Pena o altri contesti di istituzionalizzazione a supporto all’équipe della struttura;
- Ospedale: a supporto dell’équipe del reparto;
- Ambulatorio Ospedaliero: laddove la presa in carico è condivisa tra lo specialista di branca e l’équipe specialistica in cure palliate;
- Ambulatorio Specialistico di Cure Palliative: eroga attività di CP finalizzate alla gestione di problematiche cliniche, psico-relazionali, etiche. Si configura come Shared Care laddove vi sia, oltre che da parte del palliativista, un ruolo attivo da parte del MMG o dello specialista di branca;
- Domicilio:

Gruppo di lavoro SICP-FCP “Complessità e Reti di Cure Palliative”

- in consulenza a MMG, per pazienti che possono essere o non essere in carico ad un ADI;
- in carico alla UCP domiciliare: le Cure Palliative domiciliari si configurano come Shared Care laddove il MMG svolga un ruolo attivo o vi sia una presenza significativa dello Specialista di branca. Il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI), redatto in accordo tra i professionisti sanitari coinvolti, definisce il ruolo degli stessi. L’UCP (Unità di Cure Palliative) assicura la valutazione dei bisogni e la costante coerenza del PAI con il livello di complessità.

2.3 CP Specialistiche (CPS):

Corrispondono ad un livello elevato di complessità dei bisogni del malato e del nucleo caregiver/familiari. La responsabilità delle cure è dell’équipe specialistica di cure palliative. Il MMG e lo Specialista di branca possono continuare a svolgere un ruolo finalizzato principalmente a favorire la continuità del percorso di cura e a supportare gli aspetti relazionali.

Utenza: Malati con aspettativa di vita limitata e con un livello elevato di complessità dei bisogni di cure palliative.

Finalità: cure palliative che rispondano a bisogni complessi

Setting di cura coerenti con le Cure palliative Specialistiche:

- Hospice
- CP domiciliari (UCP Domiciliari)
- Ambulatorio specialistico di cure palliative

3. Le Reti di Cure Palliative

a. Normativa di riferimento

La legge 38 del 2010 (10), nel riprendere il DM della Sanità del 28-09-99 (11), identifica le Reti Regionali e Reti Locali quali strumenti fondamentali per garantire l’accesso a cure palliative di qualità attraverso meccanismi di governance e forme di integrazione tra i soggetti coinvolti nel percorso di cura.

Il primo decreto attuativo della legge 38, l’Accordo Stato-Regioni 16 -12-2010 “*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*” (12) attribuisce ad una Struttura di Coordinamento della Rete Regionale (RRCP) compiti di definizione degli indirizzi, la promozione delle Reti Locali, il loro coordinamento e monitoraggio. La “Tutela del diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative” è affidata ad una Struttura di Coordinamento della Rete Locale (RLCP), cui sono affidati compiti specifici ed articolati. Le Rete Locale di cure palliative RLCP è quindi garante dell’equità dell’accesso alle cure palliative e persegue i suoi

Gruppo di lavoro SICP-FCP “Complessità e Reti di Cure Palliative”

obiettivi attraverso processi di governance volti all'integrazione tra i nodi (strutture erogative), con il coinvolgimento delle organizzazioni di Volontariato e ove possibile dei nuclei familiari.

Ai sensi dell'Accordo S.R. del 16-12-2010 (12), i compiti della RLCP sono:

- Tutela del diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative;
- Attivazione di un sistema di erogazione di cure palliative in ospedale, in hospice e a domicilio,
- Definizione e attuazione nell'ambito della rete, dei percorsi di presa in carico e di assistenza in cure palliative per i malati;
- Promozione di sistemi di valutazione e miglioramento della qualità delle cure palliative erogate.
- Monitoraggio dei costi delle prestazioni ospedaliere, residenziali (hospice) e domiciliari;
- Definizione e Monitoraggio di indicatori quali-quantitativi della rete di cure palliative, ivi inclusi gli standard della rete delle cure palliative di cui al Decreto 22-2-2007, n. 43 (13);
- Attivazione di programmi formativi aziendali specifici in cure palliative.

In attuazione dell'articolo 5, Comma 3 della legge 38/2010, l'Intesa S.R. del 25-07-2012 (14) *“Requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore”* definisce gli standard strutturali qualitativi e quantitativi e articola 14 *“Dimensioni strutturali e di processo che caratterizzano la Rete Locale di Cure Palliative”*. La Rete Locale di Cure Palliative è pertanto definita come *“una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in Hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale. La funzione di coordinamento viene affidata a una Struttura specificamente dedicata e formata da figure professionali con specifica competenza ed esperienza”*.

Con l'Intesa 19 febbraio 2015 (15) in materia di *“adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie”* era stato introdotto un cronoprogramma per le Regioni per la *“Realizzazione di programmi per lo sviluppo delle reti assistenziali”* (punto 1.2) ed in particolare *“Realizzazione di reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico in attuazione della legge n.38/2010”*; (punto 1.2.3.)

b. La Rete Regionale di Cure Palliative (RRCP):

La Struttura di Coordinamento della Rete Regionale (RRCP) si avvale di Commissioni/Gruppi di lavoro costituiti da professionisti esperti, dai referenti delle Reti Locali di Cure palliative, da rappresentanti del Volontariato, degli Enti di Terzo Settore (ETS), del privato accreditato/convenzionato, di rappresentanti dei MMG.

La RRCP promuove lo sviluppo delle RLCP e ne assicura il coordinamento e il monitoraggio; definisce gli indirizzi per lo sviluppo omogeneo di percorsi di presa in carico e assistenza e gli indicatori quali-quantitativi; promuove programmi di formazione, attività di ricerca e programmi di informazione per i cittadini a livello regionale.

Gruppo di lavoro SICP-FCP “Complessità e Reti di Cure Palliative”

c. La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP):

la RLCP, attraverso la Struttura di Coordinamento, rappresenta il momento di sintesi funzionale dei soggetti e degli Enti coinvolti nel percorso assistenziale di Cure Palliative. I seguenti elementi caratterizzano la RLCP:

1. La Rete Locale di Cure Palliative è definita come “una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in Hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale. La funzione di coordinamento viene affidata a una Struttura specificamente dedicata e formata da figure professionali con specifica competenza ed esperienza ai sensi dell’articolo 5, comma 2, Legge 38/10. Le funzioni di coordinamento sono quelle previste nell’Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 16/12/2012 (14)”. I livelli o nodi assistenziali della RLCP sono il domicilio, l’Hospice, l’ospedale, le RSA/RSD
 - Sono parti integranti della RLCP le Unità di Cure Palliative pubbliche e private accreditate che operano nei diversi setting assistenziali, le Organizzazioni di Volontariato e gli Enti del Terzo Settore (ETS) impegnati nelle CP attivi nel territorio;
 - Sono parte integrante della Rete i MMG,
 - Si interfacciano con la RLCP le Strutture Residenziali RSA-RSD e i reparti ospedalieri, in ragione della loro partecipazione ai processi di identificazione, assistenza e cura dei pazienti con bisogni di CP, in particolare per i livelli assistenziali che corrispondono ad una complessità bassa e intermedia e ai livelli “Approccio Palliativo” e “Shared Care”.
2. La struttura di coordinamento della RLCP è rappresentativa di tutte le articolazioni organizzative che partecipano alla attività della Rete ed è dotata di risorse economiche, tecnologiche e professionali idonee al raggiungimento degli obiettivi previsti e dei compiti di governance del percorso di cura dei singoli malati;
3. La RLCP opera affinché le cure palliative siano assicurate in tutti i setting assistenziali (RSA/RSD, Ospedale, domicilio, ecc.) anche attraverso forme di consulenza da parte dei professionisti delle equipe specialistiche.
4. La RLCP deve promuovere i processi di identificazione dei bisogni, di valutazione e monitoraggio della qualità e rivalutazione multidimensionale (VMD), presa in carico nel setting adeguato.
5. La RLCP opera attraverso lo sviluppo di regole, protocolli, PDTA condivisi con gli attori della Rete, al fine di assicurare l’unitarietà e l’appropriatezza dei percorsi di cura ed in particolare promuove l’integrazione tra ospedale e territorio, tra gli enti erogatori, e la continuità delle cure nel passaggio tra i setting e livelli di intensità assistenziale differenti;
6. È importante che alcune informazioni fondamentali relative ai malati identificati siano condivise all’interno della RLCP e con tutti i nodi delle reti sanitarie, anche con l’utilizzo di sistemi informatici integrati, nel rispetto della riservatezza di queste informazioni ed

Gruppo di lavoro SICP-FCP “Complessità e Reti di Cure Palliative”

- evitando nel contempo rischi di “stigmatizzare” questi pazienti o di far loro perdere opportunità di trattamenti potenzialmente efficaci (16-18).
7. Ciascuna Rete Locale di Cure palliative, in accordo con la Struttura Regionale di Coordinamento, si dota di uno specifico Regolamento che ne definisce l’organizzazione e le modalità di funzionamento, e che garantisce la più ampia partecipazione rappresentativa dei soggetti che compongono la Rete.
 8. Nell’organizzazione e nelle attività a domicilio della RLCP, un ruolo potenzialmente rilevante è assunto anche dal MMG “con particolare interesse nelle Cure Palliative”. I principali compiti ed attività di questo professionista, definiti in alcuni Documenti condivisi fra SICP e SIMG (19,20), sono la facilitazione dei percorsi di identificazione dei pazienti con bisogni di cure palliative, la consulenza fra pari e la partecipazione ai percorsi di formazione per i MMG, senza sostituirsi o sovrapporsi in alcun modo al Medico specialista in cure palliative.
 9. È importante che le strutture che costituiscono la RLCP siano soggette ad Accreditamento Istituzionale ai sensi dei d.lgs. 502/92 (21), d.lgs. 229/99 (22) e dell’intesa 25 luglio 2012 (14).
Ciò al fine di tutelare la qualità dell’assistenza erogata, la continuità, l’integrazione sul territorio di equipe competenti e stabili e per la migliore attuazione del principio di sussidiarietà. È importante promuovere l’Accreditamento Istituzionale delle RLCP ai sensi dell’Intesa 19 febbraio 2015 (23) al fine di assicurare l’integrazione tra i componenti della Rete, la continuità e l’appropriatezza dei percorsi sulla base di indicatori di processo e di risultato.

Gruppo di lavoro SICP-FCP “Complessità e Reti di Cure Palliative”

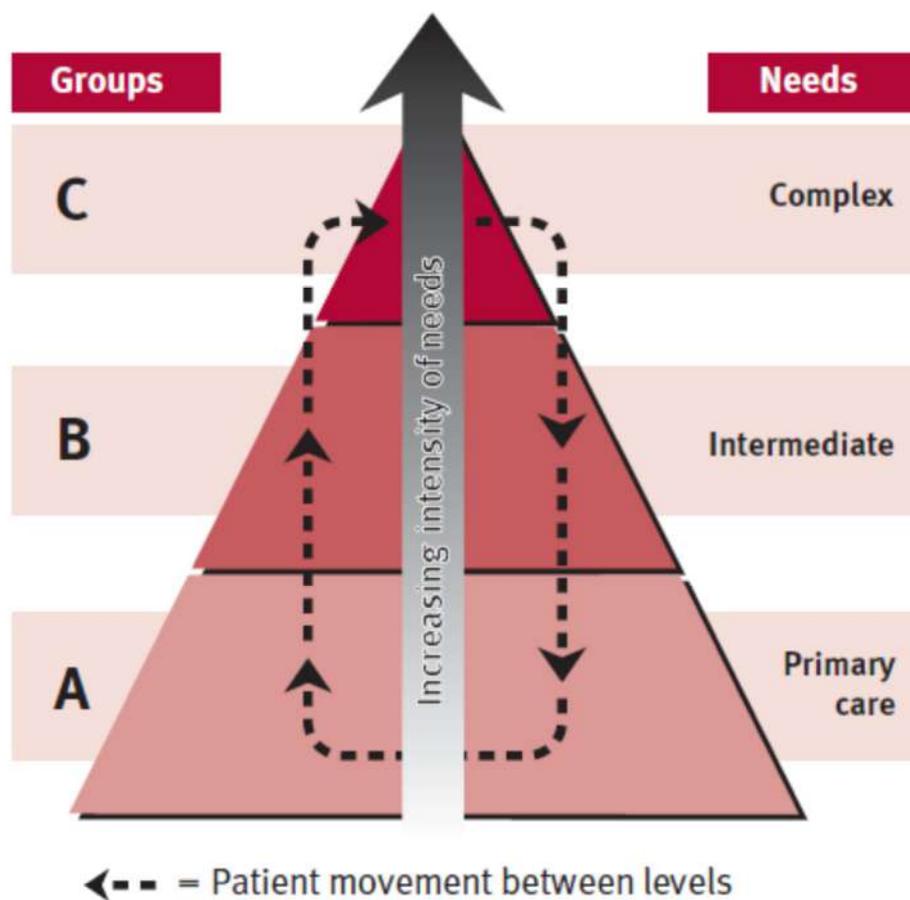


Figure 1: Conceptual model of level of need within the population of patients with a life limiting illness.

Tratto da: A Guide to Palliative Care Service Development: A population based approach.
Palliative Care Australia February 2005. Pag. 13 <https://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/2015/05/A-guide-to-palliative-care-service-development-a-population-based-approach.pdf>

Gruppo di lavoro SICP-FCP “Complessità e Reti di Cure Palliative”

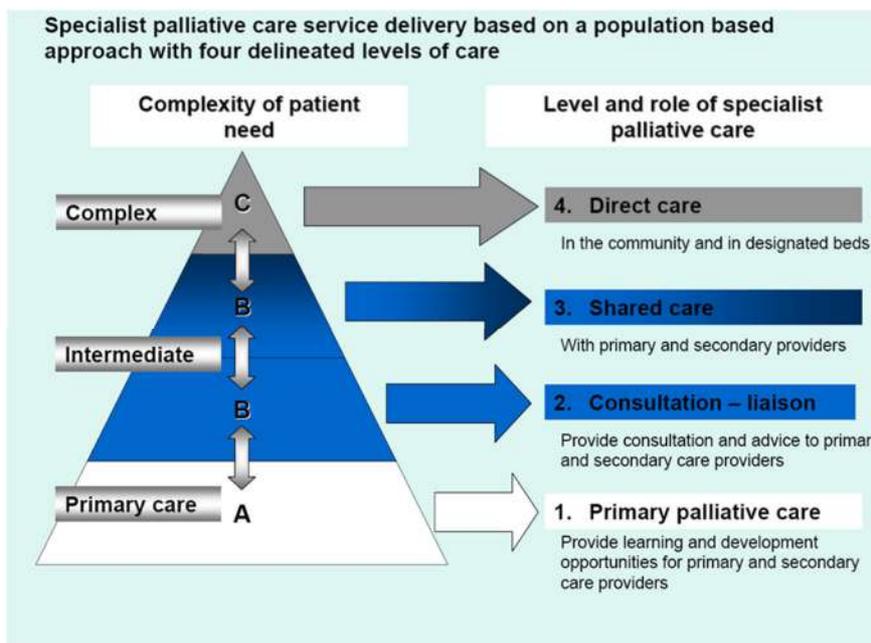


Figura 2 Palliative care Australia. <https://palliativecare.org.au/>

Gruppo di lavoro SICP-FCP “Complessità e Reti di Cure Palliative”

Bibliografia

1. Amadori, Corli, De Conno, Maltoni, Zucco e altri, Libro Italiano di Cure Palliative seconda edizione 2007
2. FCP, Punto e Virgola, Il Coraggio di una scelta, 2008 <http://www.fedcp.org/menu-pubblicazioni/della-federazione/87-il-coraggio-di-una-scelta-organizzazioni-non-profit-per-le-cure-palliative.html>
3. Currow DC, Phillips J, Agar M. Population-based models of planning for palliative care in older people. Curr Opin Support Palliat Care 2017;
4. Aldridge M.D. et al. “Epidemiology and patterns of care at the end of life: rising complexity, shifts in care patterns and sites of death” Health Affairs 2017
5. FCP, Normative Regionali. <http://www.fedcp.org/cure-palliative/normative-regionali.html>
6. FAVO, Decimo Rapporto sulla Condizione Assistenziale dei Malati Oncologici, capitolo 5. Cure palliative ed assistenza domiciliare: offerta, valore generato e modelli di intervento, pag 59-64 <https://www.favo.it/decimo-rapporto.html>
7. “Palliative care service development guidelines” Palliative Care Australia 2018 https://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/dlm_uploads/2018/02/PalliativeCare-Service-Delivery-2018_web-1.pdf
8. “Framework on Palliative Care in Canada” Health Canada 2018” <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/palliative-care/framework-palliative-care-canada.html>
9. Sawatsky R. et al. “Conceptual foundations of a palliative care approach: a knowledge synthesis” BMC Pall. Care 2016;15:5
10. Legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010 <http://www.fedcp.org/normative-nazionale/44-legge-15-marzo-2010-n-38-g-u-n-65-del-19-marzo-2010.html>
11. Decreto del Ministero della sanità del 28 settembre del 1999 Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative. http://www.fnopi.it/archivio_news/leggi/278/DM280999.pdf
12. Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 “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” <http://www.fedcp.org/normative-nazionale/42-conferenza-stato-regioni-del-16-dicembre-2010-g-u-n-13-del-18-gennaio-2011.html>
13. Decreto Ministeriale 22 maggio 2007 n. 43, Regolamento recante: «Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo, in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311» https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2018/12/8_Definizionestandard.pdf

Gruppo di lavoro SICP-FCP “Complessità e Reti di Cure Palliative”

14. Intesa 25.07.2012 “requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l’accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore” <http://www.fedcp.org/normative-nazionale/101-schema-di-intesa-tra-il-ministro-della-salute-le-regioni-e-le-province-autonome-di-trento-e-bolzano-25-luglio-2012-requisiti-minimi.html>
15. Intesa 19 febbraio 2015 Intesa 19 febbraio 2015 Adempimenti relativi all’accreditamento delle strutture sanitarie Recepimento dei requisiti e adeguamento dei manuali
16. Gomez-Batiste X., Blay C. et al. “Ethical Challenges of Early Identification of Advanced Chronic Patients in Need of Palliative Care: The Catalan Experience” Journal of Palliative Care 2018;XX(X):1-5
17. http://www.endoflifecare-intelligence.org.uk/resources/publications/epaccs_nat_data_proj
18. Percorso integrato per la presa in carico del malato in condizioni di cronicità complesse e avanzate con bisogni di cure palliative. Un modello di clinical governance per lo sviluppo delle Reti Locali di Cure Palliative. Documento di consenso - FIRENZE, 27 GIUGNO 2015.
19. SICP-SIMG “IL core curriculum in Cure Palliative” https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2018/12/5_CorecurrSICP-SIMG.pdf
20. SICP-SIMG “Il Medico di Medicina Generale con particolare interesse in cure palliative: descrizione delle attività” https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2018/12/44_DOCSICP-SIMG_def_approvato.pdf
21. Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. (G.U. Serie Generale, n. 305 del 30 dicembre 1992
22. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419" Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999 - Supplemento Ordinario n. 132
23. Intesa 19 febbraio 2015 in materia di adempimenti relativi all’accreditamento delle strutture Sanitarie. Cronoprogramma, in particolare al punto 1.2 programmi per lo sviluppo delle reti assistenziali e al punto 1.2.3. Realizzazione di reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico in attuazione della legge n.38/2010; disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e terapia del dolore.