

Cure Palliative
IL Loro RUOLO nel TERRITORIO

Dott. Ezio Trivellato

Direttore U.O.C. Cure Palliative ULSS 9 Veneto

DEFINITION



Global Atlas of Palliative Care

2nd Edition



«...un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di un'identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e di altre problematiche di natura fisica, psicologica, sociale e spirituale».



Obiettivo

L'obiettivo delle Cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i malati e le loro famiglie, per la vita residua che rimane da vivere.

Il miglioramento della qualità della vita della persona, in particolare quella in fase avanzata di malattia, passa attraverso la soddisfazione di bisogni fisici (controllo dei sintomi) insieme e non secondariamente di quelli psicologici, relazionali, sociali, culturali e spirituali

LE CURE PALLIATIVE IN ITALIA

Di cure palliative in Italia si è cominciato a parlare solo nella prima metà degli anni '80, sotto la spinta coraggiosa e innovativa di Vittorio Ventafridda e della Fondazione Floriani.

I valori fondanti erano:

- la qualità della vita
- la dignità della persona malata
- il rispetto delle volontà da essa espressa
- la famiglia come oggetto e soggetto di cura
- il valore della multiprofessionalità



I PRIMI PASSI NORMATIVI ITALIANI

La prima norma riferita alle cure palliative è la legge 39 del 26 febbraio 1999, che ha previsto un programma nazionale per la creazione di strutture residenziali di cure palliative (hospice) in tutte le regioni italiane.

La legge e il suo relativo decreto attuativo del 28 settembre 1999, disponeva che le regioni presentassero all'allora Ministero della Sanità, sia i progetti di strutture residenziali (hospice), sia i programmi di organizzazione di rete assistenziali di cure palliative sul territorio.

LA LEGGE N. 38/2010

La legge n. 38 definisce che le cure palliative rappresentano un diritto inviolabile di ogni cittadino definendole come:

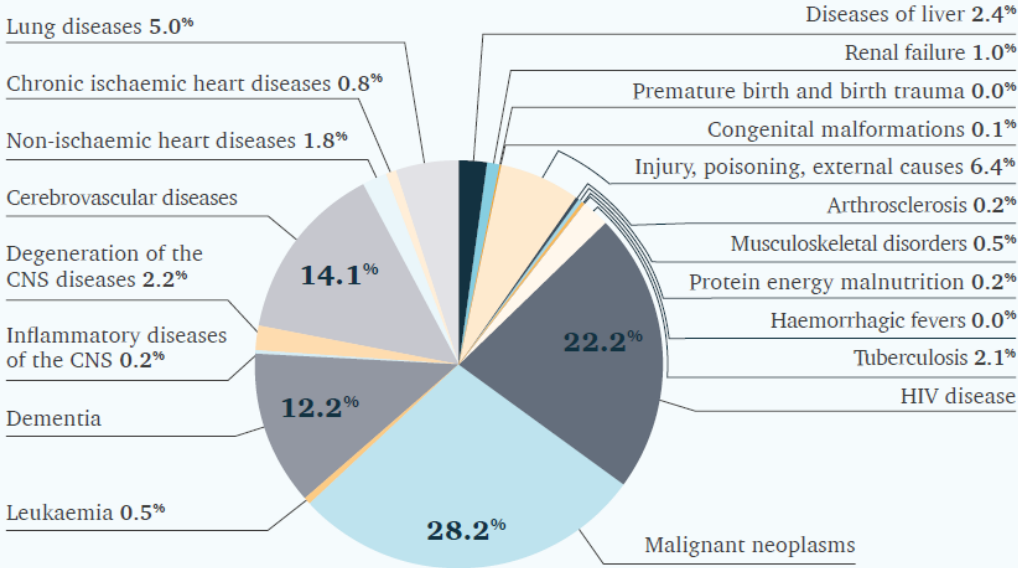
“l’insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un’inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici”

Non esiste quindi nella legge **nessuna distinzione tra patologie oncologiche e non**, ma ci si riferisce a tutte le malattie ad andamento cronico evolutivo per le quali non esiste possibilità di guarigione.

Con questa legge viene sancito che la sofferenza è una dimensione che va affrontata con serietà e sistematicità dal sistema in tutte le fasi e in ogni setting assistenziale.

NEED FOR PALLIATIVE CARE

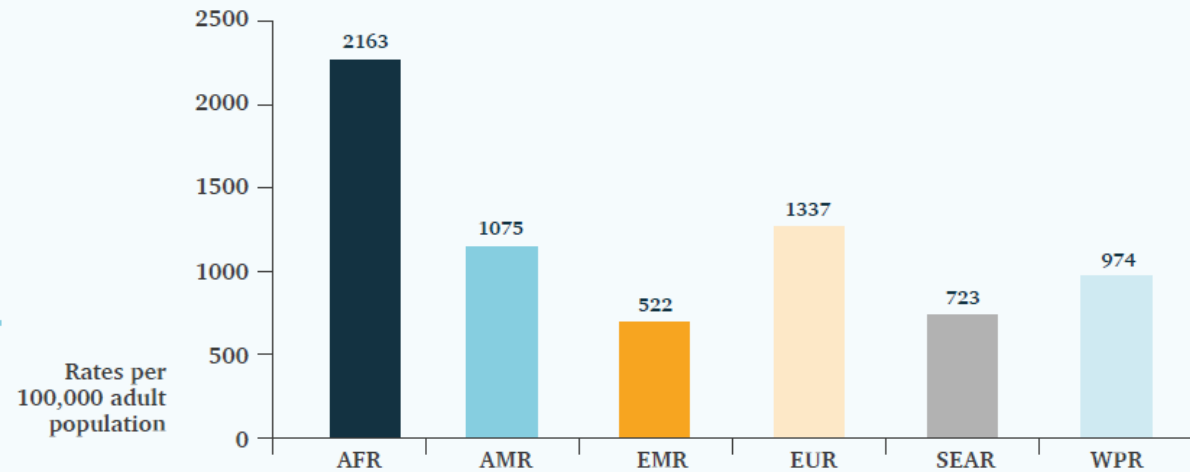
Figure 5
Worldwide need for palliative care for adults by disease groups (20+ years 2017)



N = 52,883,093 adults

NEED FOR PALLIATIVE CARE

Figure 8
Worldwide need
for palliative care
for adults, by WHO
region and per
100,000 population
(20+ years; 183
countries; 2017)



N = 183 Countries

EUROPA: CIRCA 1300 PERSONE OGNI 100.000 ABITANTI

NEED FOR PALLIATIVE CARE

Allegato B alla Dgr
n. **13** / del **DDL 28 MAG. 2018** *Pssr della Regione del Veneto 2019-2023*



Figura 8 –Presa in carico della cronicità per intensità di cura e di assistenza: profili di popolazione e percentuale sulla popolazione del Veneto



ACG

NEED FOR PALLIATIVE CARE

Popolazione ULSS 9: **1.000.000** di abitanti

Persone con bisogni di CP:

10.000/anno ACG

13.370/anno WHO

60% patologie non oncologiche, 40% oncologiche

PERCORSO COMPIUTO A PARTIRE DALLA
LEGGE REGIONALE 7/2009 E ITALIANA 38/2010



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute, di cui all'art. 5 della legge 15 marzo 2010 n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle 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.

Rep. n. 151/csr del 25 luglio 2012

AGGIORNAMENTO DEI LEA

Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale", n. 65 del 18 marzo 2017 - Serie generale

Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

Roma - Sabato, 18 marzo 2017

SI PUBBLICA TUTTI I
GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00198 ROMA - CENTRALINO 06-65061 - LIBRERIA DELLO STATO
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

N. 15

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
12 gennaio 2017.

Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

ART. 21 – Percorsi Integrati di Cura

ART. 15 – Ambulatori di Cure Palliative

ART. 23 – Assistenza domiciliare di cure palliative specialistica e base

ART. 31 – Assistenza nelle strutture Hospice

ART. 38 – Assistenza durante i ricoveri ordinari nei reparti per acuti

(Codice interno: 340824)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 208 del 28 febbraio 2017

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

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

Le finalità della Rete di Cure Palliative sono le seguenti:

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

Gli elementi organizzativi costitutivi della Rete di cure palliative sono:

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

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

Governo e Regia
dei percorsi



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

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

DEFINIZIONE, ALL'INTERNO DELLA CORNICE ASSISTENZIALE GIÀ NORMATA, DI UN PERCORSO INTEGRATO DI CURA PER LE CURE PALLIATIVE DELL'ADULTO

Bur n. 48 del 22/05/2018

(Codice interno: 369206)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 553 del 30 aprile 2018

Approvazione del Percorso integrato di cura a supporto dello sviluppo della rete di cure palliative in età adulta ai sensi della DGR n. 208 del 28 febbraio 2017 ad oggetto: " Individuazione del modello assistenziale di rete delle cure palliative e della terapia del dolore della Regione Veneto. Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. del 29 giugno 2012, n. 23). Deliberazione n. 109/CR del 9 dicembre 2015".

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:
Con questo provvedimento si intende approvare il percorso integrato di cura quale strumento a supporto dello sviluppo della rete delle cure palliative in età adulta come prevista dalla DGR n. 208 del 28 febbraio 2017.

UO
CP

UVMD
DEFINIZIONE PAI

LEA DOMICILIO



UOC CURE PALLIATIVE
DEDICATI E FORMATI

LEA AMBULATORIO



LEA OSPEDALE

LEA HOSPICE – STRUTTURE INTERMEDIE

LI 38/2010 LR 7/2009

I PROSSIMI PASSI

SODDISFAMENTO DEI LEA (LI 106/2021)

All'articolo 35:

al comma 1, alinea, dopo le parole: « n. 68 » è inserito il seguente segno d'interpunzione: « , »;

dopo il comma 2 sono aggiunti i seguenti:

« 2-bis. In coerenza con quanto previsto dagli articoli 23, 31 e 38, comma 2, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017, di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, il Ministero della salute, previa istruttoria dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) da concludere entro il 30 dicembre 2021, effettua una ricognizione delle attività svolte dalle singole regioni e province autonome ed elabora un programma triennale per l'attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, al fine di assicurare, entro il 31 dicembre 2025, l'uniforme erogazione dei livelli di assistenza di cui ai citati articoli 23, 31 e 38, comma 2, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 in tutto il territorio nazionale, fissando per ciascuna regione e provincia autonoma i relativi obiettivi. L'attuazione del predetto programma triennale da parte delle regioni e delle province autonome costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale ai fini e per gli effetti dell'articolo 2, comma 68, lettera c), della legge 23 dicembre 2009, n. 191, prorogato, a decorrere dall'anno 2013, dall'articolo 15, comma 24, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135. Le regioni a statuto speciale

2-quinquies. In caso di mancata attuazione del programma triennale nei termini previsti si applica la procedura per l'esercizio del potere sostitutivo di cui all'articolo 8 della legge 5 giugno 2003, n. 131 ».

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, recante misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali

STANDARD STRUTTURALI

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 23 maggio 2022, n. 77

Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085)

(GU n.144 del 22-6-2022)

La rete delle cure palliative è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O.), ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

Standard strutturali

1 di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti e 1 Hospice, 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti

Standard di personale: nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, l'erogazione dell'assistenza è assicurata: nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera da un'équipe di cure palliative; nell'ambito ambulatoriale da équipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative; a domicilio del paziente - attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari(CPD) - da un'équipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unità di Cure Palliative - UCP), in integrazione con il medico di medicina generale per continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7; all'interno delle strutture residenziali e degli Hospice di 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti

ACCREDITAMENTO DELLE RETI DI CURE PALLIATIVE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38".

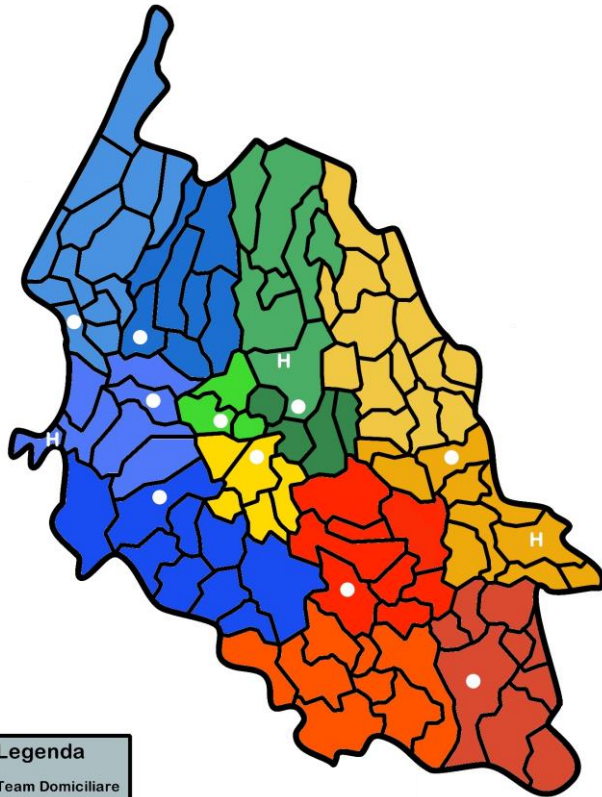
Rep. Atti n. *118/CSR del 27 luglio 2020*

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

ACCREDITAMENTO DELLE RETI DI CURE PALLIATIVE

- Il documento recante i criteri di accreditamento delle RLCP è in fase di approvazione finale e di successiva delibera;
- I criteri di accreditamento delle RLCP saranno coerenti con quanto richiesto dalla normativa precedente e quanto previsto dalla legge 106/2021 e dal DM 77/2022;
- E' prevista l'invio di un questionario ai direttori di CP per eseguire una ricognizione riguardante le professionalità presenti nella RLCP e la loro numerosità, l'erogazione dei servizi, i processi e le strutture coinvolte;
- Partendo dal dato reale e mantenendo come obiettivo l'accREDITAMENTO delle singole reti locale verrà predisposto una guida/piano di implementazione per guidare le aziende nel processo di accREDITAMENTO;

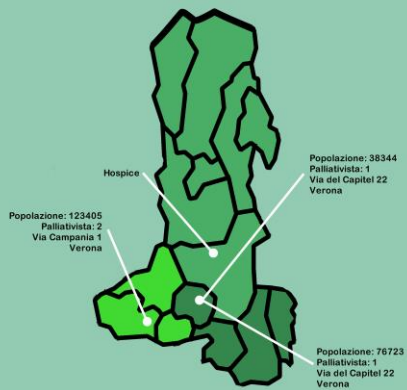
RETE CURE PALLIATIVE AULSS 9 SCALIGERA



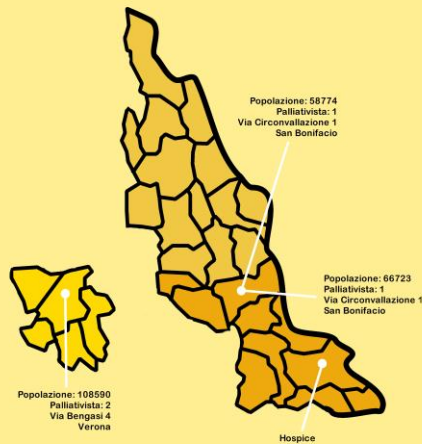
PAZIENTI PRESI IN CARICO

2020:	1224
2021:	1337
1° SEM 2022:	681

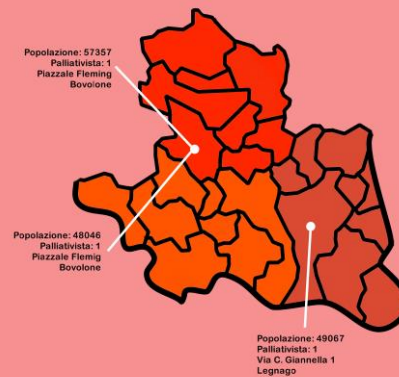
NECESSITA' DI INTEGRAZIONE
TRA ISTITUZIONI E TERZO SETTORE



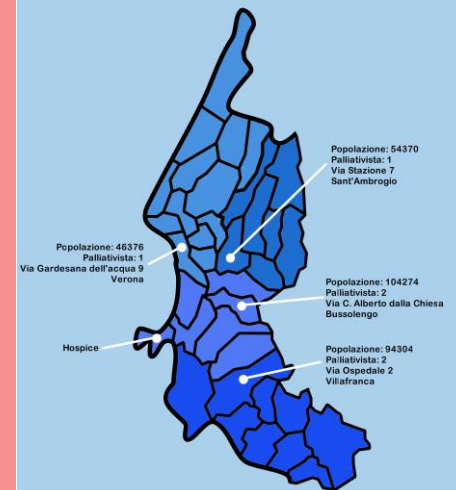
DISTRETTO 1
Popolazione: 238472



DISTRETTO 2
Popolazione: 234187



DISTRETTO 3
Popolazione: 162777



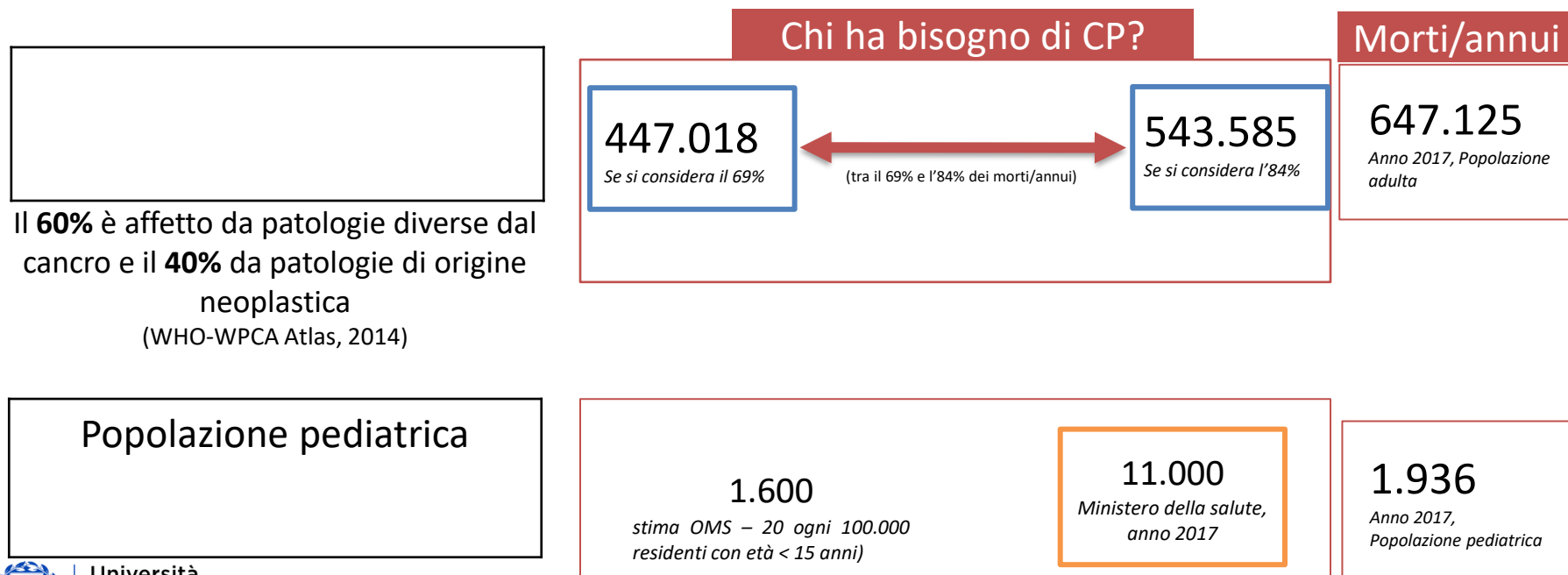
DISTRETTO 4
Popolazione: 299324

Il contesto demografico ed epidemiologico

Il bisogno delle CP in Italia

Alla luce delle diverse stime analizzate, si calcola di seguito il bisogno di CP nella **popolazione adulta e pediatrica** in Italia tenendo conto dei seguenti dati:

- La popolazione italiana (Dati ISTAT, 1 gennaio 2017) è di **60.488.000**:
di cui 8.100.000 con età inferiore ai 15 anni (13,4%) e 52.388.000 di adulti (86,6%);
- Nel 2017, in Italia sono morte circa **649.061 persone** (ISTAT, incremento + 5,1% rispetto al 2016) di cui **1.936** con età inferiore ai 15 anni e **647.125** di adulti.



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

Molti dei bambini con bisogni di CP, pur essendo affetti da patologie inguaribili, possono avere una **buona qualità della vita per lungo tempo**

L'offerta attuale di CP nel nostro paese

— L'**offerta totale** di Cure Palliative nel nostro paese deve essere scandita e considerata con riferimento a queste 3 componenti:

- OFFERTA Domiciliare
- OFFERTA Hospice
- OFFERTA Day Hospital.

$$\begin{array}{r}
 + \quad 81.698 \\
 + \quad 42.572 \\
 \quad 1.843 \\
 \hline
 126.113
 \end{array}$$

OFFERTA Domiciliare

—Nel 2017, i dati ufficiali riportano che il numero totale di pazienti assistiti a domicilio ha raggiunto le **40.849** unità*. Questi dati tuttavia non sono attendibili poichè enormemente sottostimati: nel 2018, solo in Lombardia le UCP-DOM si stima siano state 13.171**.

—Possiamo provare a definire uno scenario più vicino alla realtà provando a considerare un'offerta almeno doppia di CP domiciliari e quindi uguale a **81.698** unità (non ci sono dati ufficiali da cui possiamo trarre una stima più precisa).



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

* Fonte: Relazione sullo stato di attuazione della legge recante disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative alla terapia del dolore

** Fonte: Regione Lombardia; 1° Conferenza territoriale ATS Insubria "L'evoluzione della rete di cure palliative" 11 maggio 2019, Vares

Stima del tasso di copertura del bisogno

—Alle luce dei precedenti dati esposti con riferimento ai **bisogni** e all'**offerta** di CP, è ora possibile identificare il tasso di copertura del bisogno:

$$\frac{\text{Offerta}}{\text{Bisogno}} = \frac{\text{Offerta TOT}}{\text{Stima del bisogno}}$$

— **Bisogni: popolazione adulta:**

447.852

Se si considera il 69%

545.211

Se si considera l'84%

— **Tasso di copertura** (*se si considera il 69%*)

$$\frac{126.113}{447.852} = 28\%$$

— **Tasso di copertura** (*se si considera l'84%*)

$$\frac{126.113}{545.211} = 23\%$$



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

Tasso di copertura del bisogno: confronto internazionale

— La tabella sottostante riporta il **tasso di copertura del bisogno di CP** in Italia a confronto con il **Regno Unito (Inghilterra)** e la **Germania**

	Italia	Regno Unito: Inghilterra	Germania
Est. Bisogno di CP	447.018 <i>Est se si considera il 69%</i>	355.000	363.689
Offerta attuale	126.113	263.000 (171.000 + 92.000)	233.920 (130.000 + 103.920)
Tasso di copertura del bisogno di CP	23% - 28%	78%	64 %

**Alta domanda e
basso tasso di
copertura**

**Alta domanda e
alto tasso di
copertura**

**Alta domanda e
buon tasso di
copertura**



Università
Bocconi

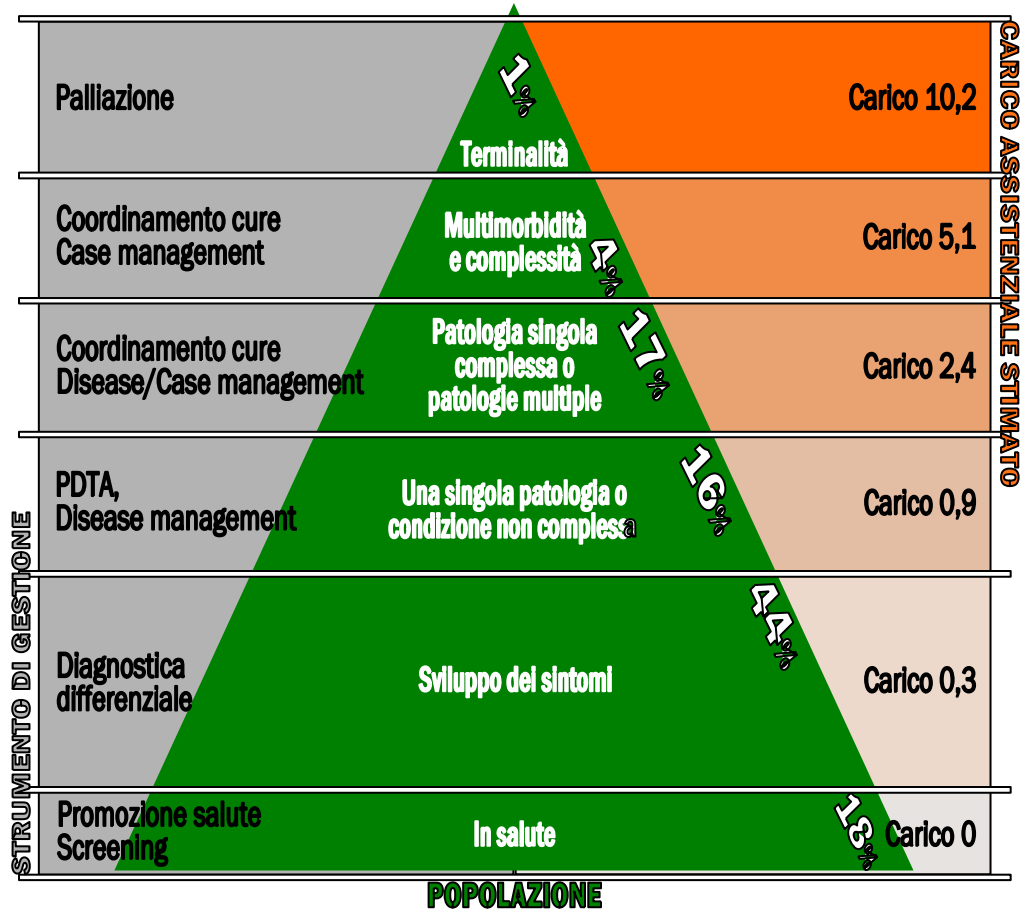
CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

Fonte: Equity in provision of palliative care in the UK: review of Evidence (2015), Marie Curie

Fonte: Palliative care in Germany: perspectives for practice and research (2015) German National Academy of Sciences Leopoldina and Union of German Academies of Sciences and Humanities

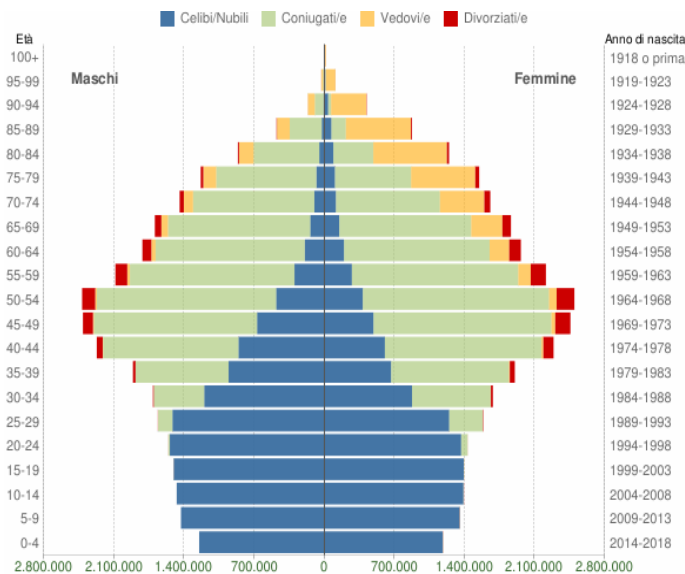
La dimensione del bisogno (sistema ACG Adjusted Clinical Group)

cortesia del dottor Cosimo De Chirico, UO Cure Palliative, ASL Veneto Orientale



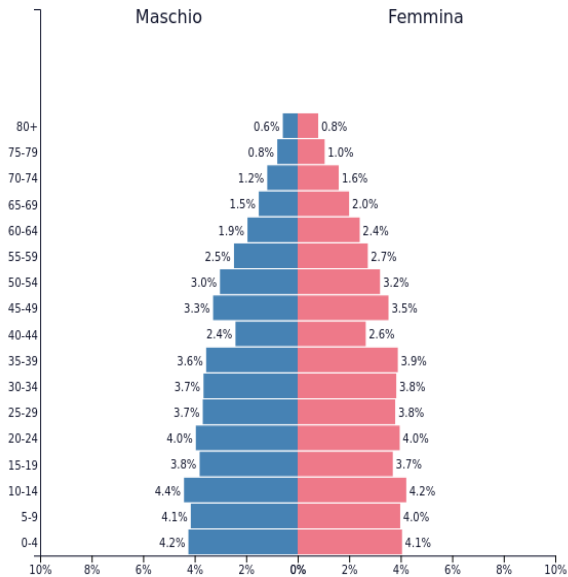
Invecchiamento della popolazione Italiana

Piramide delle Età, rappresenta la distribuzione della popolazione residente in Italia per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2018.



Popolazione per età, sesso e stato civile - 2018
ITALIA - Dati ISTAT 1° gennaio 2018 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

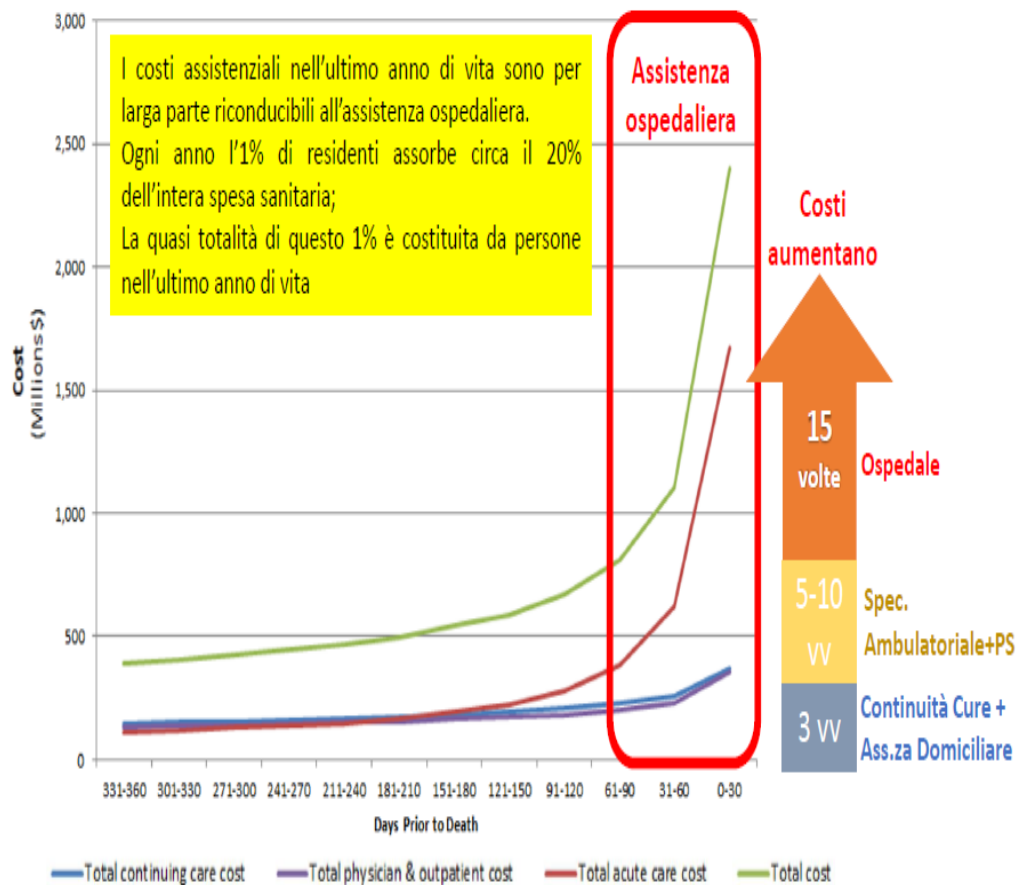
Piramide dell'età, distribuzione per sesso **1960**



PopulationPyramid.net

Italia - 1960
Popolazione : **49,714,961**

Costo della transizione demografica



I costi assistenziali nell'ultimo anno di vita sono per larga parte riconducibili all'assistenza ospedaliera. Ogni anno l'1% di residenti assorbe circa il 20% dell'intera spesa sanitaria; La quasi totalità di questo 1% è costituita da persone nell'ultimo anno di vita

Continuing Care = Long Term Care + Complex Continuing Care + Home Care + Rehabilitation

Acute Care = Hospitalizations + Emergency room visits

Physician & Outpatient = Physician & non-physician visits + Laboratory + Drugs & Devices + Outpatient Visits

Hospital, local palliative care network and public health: how do they involve terminally ill patients? *Eur J Public Health*. 2017 Feb 1;27(1):25-30, Scaccabarozzi G, Limonta F, Amodio E.

The Health Care Cost of Dying: A Population-Based Retrospective Cohort Study of the Last Year of Life in Ontario, Canada
 PLOS - Published: March 26, 2015, P Tanuseputro, WP Wodchis, R Fowler, P Walker, Yu Qing Bai, SE Bronskill, D Manuel

IL LAVORO D'EQUIPE, IN RETE: UNA FIRMA DISTINTIVA

Le cure palliative: la medicina sfidata a cambiar pelle

di Franco Toscani

Le cure palliative non sono solo una nuova disciplina: sono un modo diverso d'essere medici. Le cure palliative non sono i farmaci e le procedure. Non sono i trattati, le dispense, nemmeno gli articoli scientifici. Sono gli operatori.

Non è una osservazione banale. Il palliativista deve possedere qualità di carattere e mente essenziali: compassione, capacità (direi forse bisogno) di ascoltare, di conoscere biografie e vite, tenerezza, tolleranza, gentilezza d'animo e di modi, disponibilità.

La sfida dei prossimi anni ...

- Rafforzamento delle cure domiciliari
- Diffusione cure palliative non oncologiche
- Presa in carico precoce
- Coordinamento per lo sviluppo delle reti

L'accreditamento delle reti può costituire uno strumento per rafforzare il governo e il raccordo tra Professionisti delle reti e i livelli regionali e nazionali

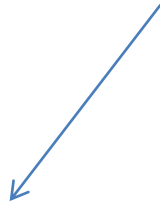
«...è il tempo che dedichiamo alle
persone
che le rende preziose»

«Il piccolo principe» -
Antoine De Saint-
Exupery





Salute: è la misura in cui un gruppo o un individuo possono, da un lato, realizzare le proprie ambizioni e soddisfare i propri bisogni e dall'altro, evolversi con l'ambiente o adattarsi a questo. La salute è percepita come risorsa della vita quotidiana e non come mero scopo della vita



Attività: esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo.

Performance: quello che un individuo fa nel suo ambiente naturale

Attitudine che hanno le persone ad adattarsi agli stimoli ambientali

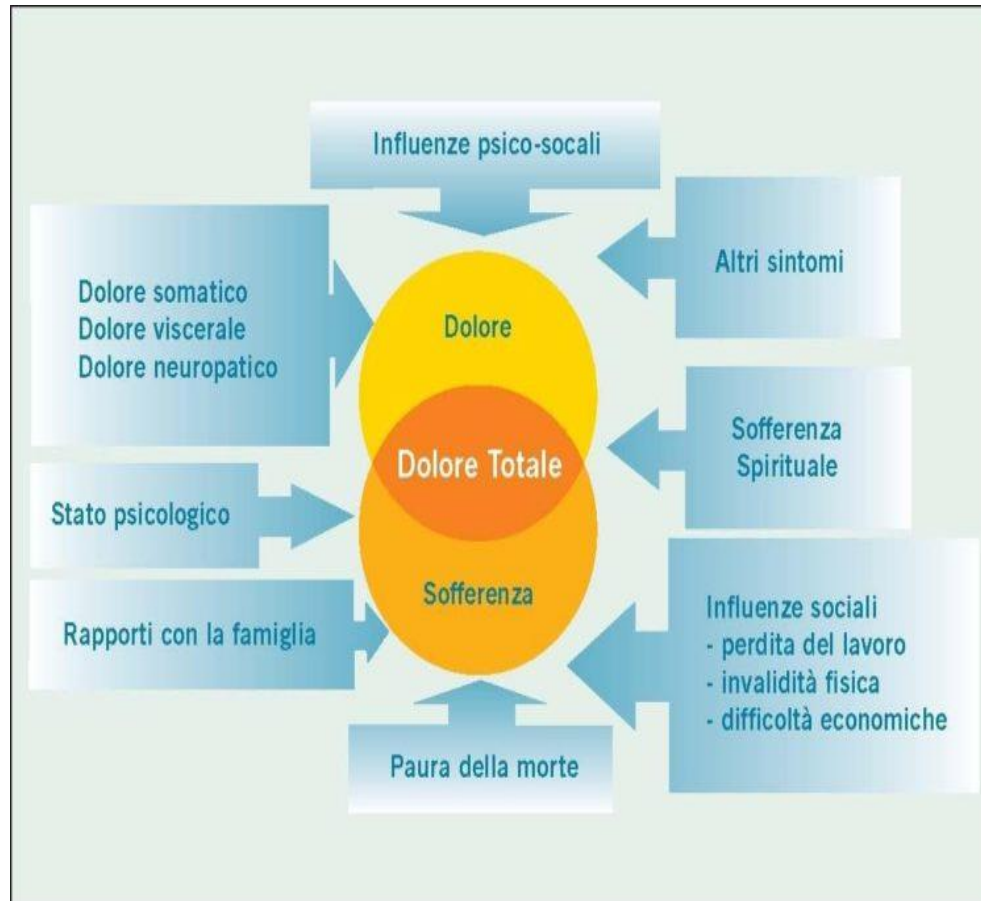
Qualità della vita

Partecipazione: è il coinvolgimento in una situazione di vita.

Le restrizioni alla partecipazione sono i problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento nelle situazioni di vita

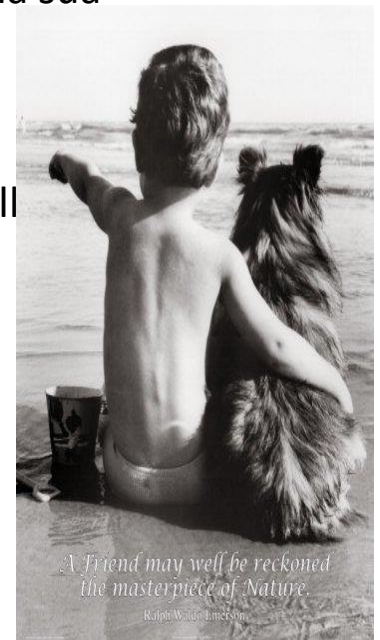
Capacità: abilità di un individuo nell' eseguire un compito o una azione.

Attitudine che hanno le persone a cambiare gli stimoli ambientali



I PARADIGMI DELLE CURE PALLIATIVE

- **AUTENTICITA'** la dimensione narrativa dell'aspetto dialogico
- **APPROPRIATEZZA** rispondere ad un preciso bisogno nella sua concretezza
- **ADEGUATEZZA** rispettare le regole della progressività e della continuità
- **TRASPARENZA** comunicare in modo semplice ed efficace
- **CONDIVISIONE** calore umano, empatia, ascolto
- **RECIPROCITA'** rapporto per quanto possibile simmetrico



le tre paroline magiche

Equipe

Rete

Presca in carico

EQUIPE :

STRUMENTO di lavoro professionale per:

- prendere decisioni di natura assistenziale,
- fare revisione periodica della programmazione
- fare revisione periodica dell'organizzazione

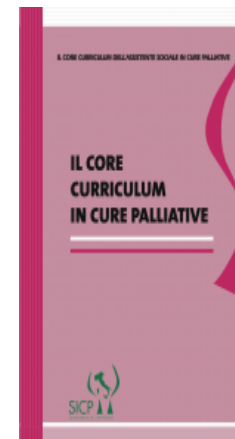
IL RUOLO

- insieme di comportamenti formalmente stabilito in base alla natura dell'ufficio ricoperto e delle responsabilità assegnate;
 - esercizio di una serie di funzioni che sono ampie aree di responsabilità: educativa, tecnica, assistenziale (che danno luogo ad attività e compiti).

LE DIMENSIONI DEL RUOLO:

- **contenuti:** la conoscenza, gli aspetti tecnici, “**ciò che bisogna sapere**”,
- **responsabilità:** prendere decisioni, “**cosa fare**”,
- **autorevolezza:** affidabilità, tempestività, completezza, “**come si deve fare**”

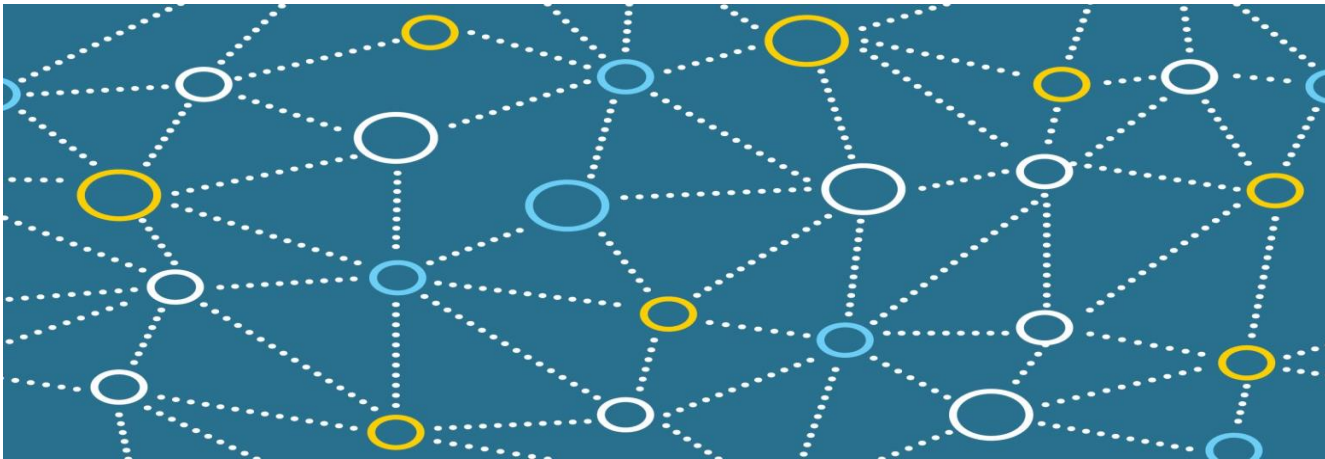
LAVORARE INSIEME LA MULTIDISCIPLINARIETA' E L'INTERDISCIPLINARIETA'



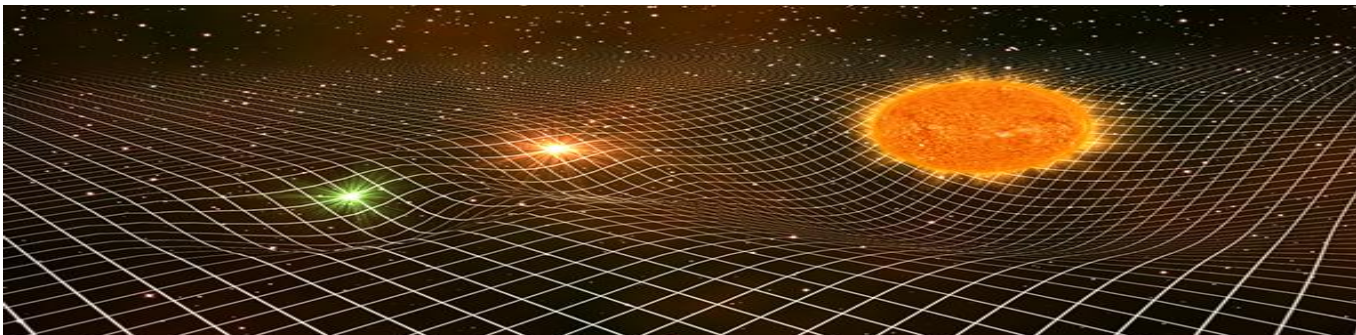
Il sistema di rete

Nodi =
Strutture

Maglie =
Relazioni



Le relazioni non sono costanti né uguali



LA SCALA DEI PROBLEMI

		RELAZIONI				
		POCHE	MOLTE	MOLTISSIME		
VARIABILI	MOLTE				CAOTICO	NON LINEARI
				COMPLESSO		LINEARI E NON LINEARI
			COMPLICATO			
	POCHE	SEMPLICE				LINEARI
		ANALITICO		SISTEMICO		
		APPROCCIO				

CARATTERISTICHE DELLE RELAZIONI

(Fonte: adattamento da De Toni, Comello, 2005, pag. 16)

INTEGRAZIONE

PER LAVORARE ASSIEME E' INDISPENSABILE

- **ESSERE DISPONIBILI A LAVORARE ASSIEME**
- **ESSERE PREPARATI A LAVORARE ASSIEME**
- **SAPER APPREZZARE I CONTRIBUTI DEGLI ALTRI**
- **AVERE OBIETTIVI COMUNI**

INTEGRAZIONE

PER LAVORARE ASSIEME E' INDISPENSABILE

-AVERE UN LINGUAGGIO COMUNE

-USARE STRUMENTI COMUNI

**-CHIARIRE, CONDIVIDERE PIANI, DECISIONI
RESPONSABILITA', RELAZIONI PROFESSIONALI**

INTEGRAZIONE

- E' FATICOSA
- RICHIEDE DISPONIBILITA'
- RICHIEDE TEMPO
- RICHIEDE VERSATILITA'
- DEVE ESSERE STRUTTURATA, CURATA,
ORGANIZZATA E RICERCATA, NON
IMPROVVISATA

iniziative formative in Cure Palliative 201 - 2021

esempio: Niente male Junior per pediatri ospedalieri e di libera scelta; percorsi formativi per i medici di continuità assistenziale; corso MMG con particolare interesse; Comunità di pratica per psicologi

*esempio: “Alleanza di cura: disposizioni anticipate di trattamento”.
Le cure palliative nei modelli organizzativi delle cure primarie. Verso nuovi orizzonti delle cure primarie.*



Per tutti i professionisti che operano nelle Cure primarie, medici di Medicina Generale, assistenti sociali
*esempio: "Cure palliative Uno spazio di cura da costruire insieme"
I percorsi intraospedalieri delle CPP*

*esempio: "Le cure palliative pediatriche";
"Ospedale –territorio: percorso per un'alleanza nel fine vita"; Cure palliative per il paziente con malattia renale cronica avanzata-integrazione ospedale territorio*

*esempio: "La cura del fine vita nelle aree di degenza medica"; "Cure palliative nel paziente con malattia renale cronica avanzata"
Progetto formativo miglioramento delle competenze per medici e infermieri della medicina interna-alimentazione artificiale e idratazione*

“...Sarebbe necessario ridisegnare profondamente la geografia dei servizi, ridefinendo le modalità di erogazione degli stessi, sistematizzando modelli assistenziali basati sulla **logica della ‘presa in carico’ del paziente**...implementando soluzioni per garantire **l’integrazione ospedale-territorio**, sia di tipo strutturale sia di tipo funzionale...”



La normativa nazionale



LEGGE 15 marzo 2010, n. 38



Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute, di cui all'art. 5 della legge 15 marzo 2010 n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle 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.

Rep. n. 151/USE del 25 luglio 2012

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Provvedimenti attuativi della Legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"

- Accordo della conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome del 16 dicembre 2010;
- Decreto del 4 aprile 2012 (*istituzione dei master*);
- Intesa della conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome del 25 luglio 2012 (*requisiti minimi e modalità organizzative*);
- Decreto 28 marzo 2013 (*disciplina di cure palliative*);
- Accordo 10 luglio 2014 (*individuazione delle figure professionali competenti... e delle strutture sanitarie... e assistenziali coinvolte nelle reti*);
- Accordo 22 gennaio 2015 (*certificazione dell'esperienza triennale dei medici*);
- DPCM 12 gennaio 2017 (*definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*);
- Legge 219 del 22 dicembre 2017 *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*;
- Accordo 9 luglio 2020 (*formazione dei volontari*);



L'esperienza Veronese

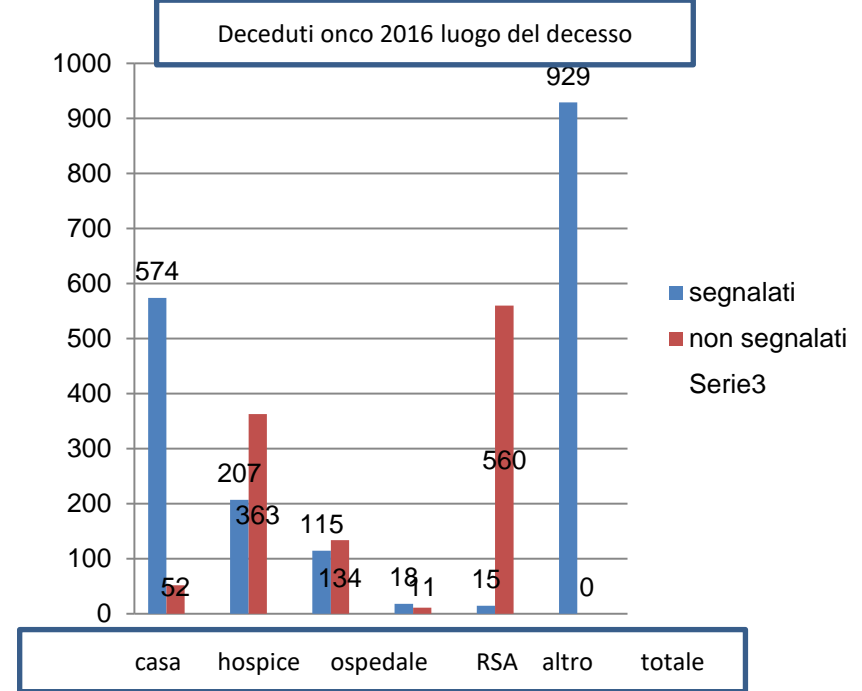
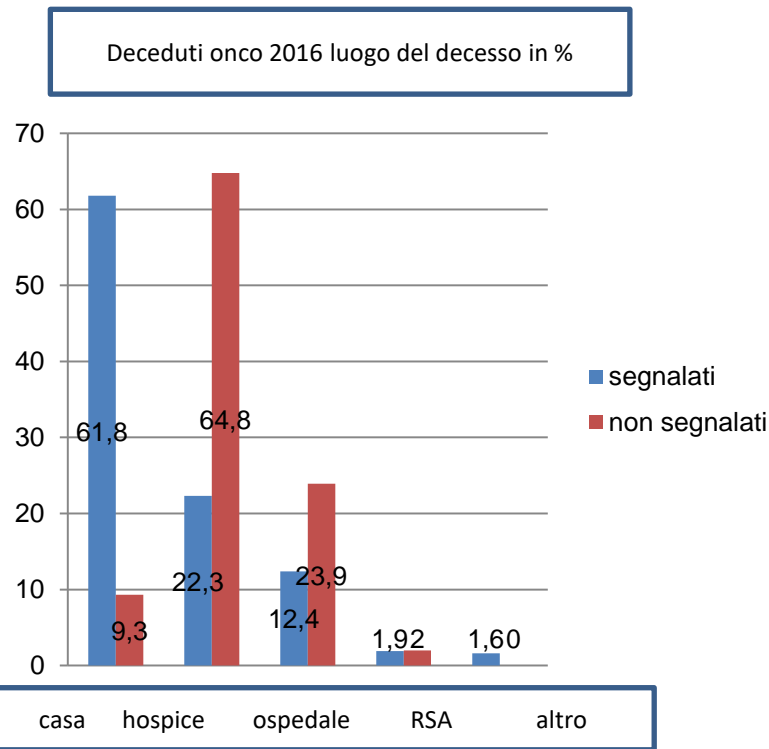
QUALI RISPOSTE? I RUOLI DEI PROFESSIONISTI COINVOLTI

- MMG
- palliativista
- medico dell'UO di Cure primarie
- infermiere
- medici di continuità assistenziale
- psicologo
- assistente sociale
- assistente domiciliare
- fisioterapista
- volontario

QUALI RISPOSTE? L'ORGANIZZAZIONE SUL TERRITORIO

Ogni ambito territoriale dell'ULSS sarà presidiato da un medico palliativista di riferimento, che seguirà i percorsi di cura e lo sviluppo della rete in ciascun distretto, a partire dalle attività comuni con l'U.O. di Oncologia medica coinvolgendo i medici di medicina generale, il personale dei distretti ed i servizi sociali con le modalità previste dalla normativa vigente e con i contenuti condivisi dalle società scientifiche.

“...Sarebbe necessario ridisegnare profondamente la geografia dei servizi, ridefinendo le modalità di erogazione degli stessi, sistematizzando modelli assistenziali basati sulla logica della ‘presa in carico’ del paziente...implementando soluzioni per garantire l’integrazione ospedale-territorio, sia di tipo strutturale sia di tipo funzionale...”

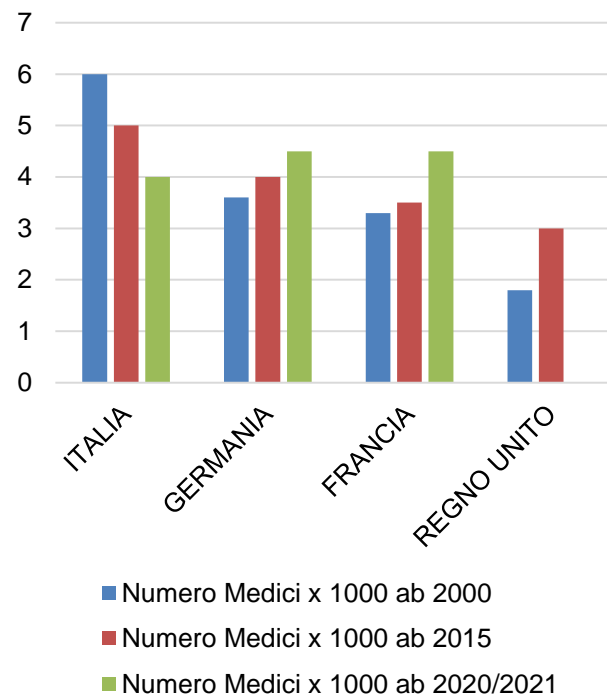


Alcuni aspetti interessanti

Le difficoltà contingenti

Numero medici x 1000 abitanti anni 2000 -2015 – 2020/2021

Numero Medici x 1000 ab			
Anni	2000	2015	2020/2021
ITALIA	6	5	4
GERMANIA	3,6	4	4,5
FRANCIA	3,3	3,5	4,5
REGNO UNITO	1,8	3	–

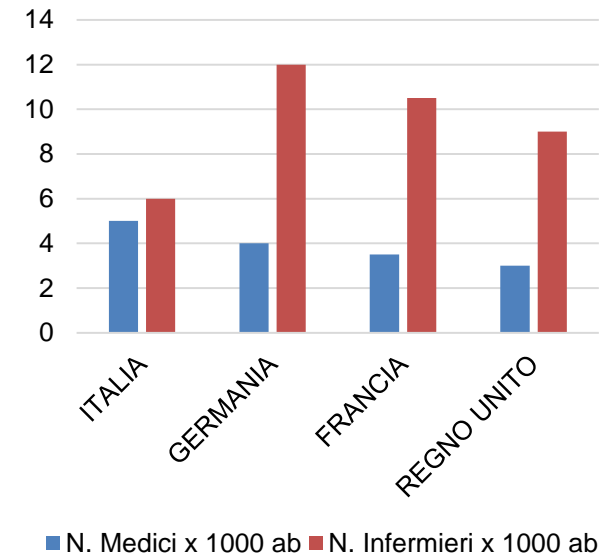


Dati EUROSTAT ripresi da Openpolis
Cortesia di Italo Penco

Rapporto medici/infermieri

	N. Medici x 1000 ab	N. Infermieri x 1000 ab	N. INF x Medico	N. medici	N. Infermieri
ITALIA	5	6	1,2	300.000	360.000
GERMANIA	4	12	3	332.000	996.000
FRANCIA	3,5	10,5	3	234.500	820.000
REGNO UNITO	3	9	3	201.000	603.000

Dati EUROSTAT ripresi da Openpolis
Cortesia di Italo Penco



Alcuni aspetti interessanti

La pandemia



Decessi 2020 versus decessi attesi sulla base della media dei decessi 2015-2019

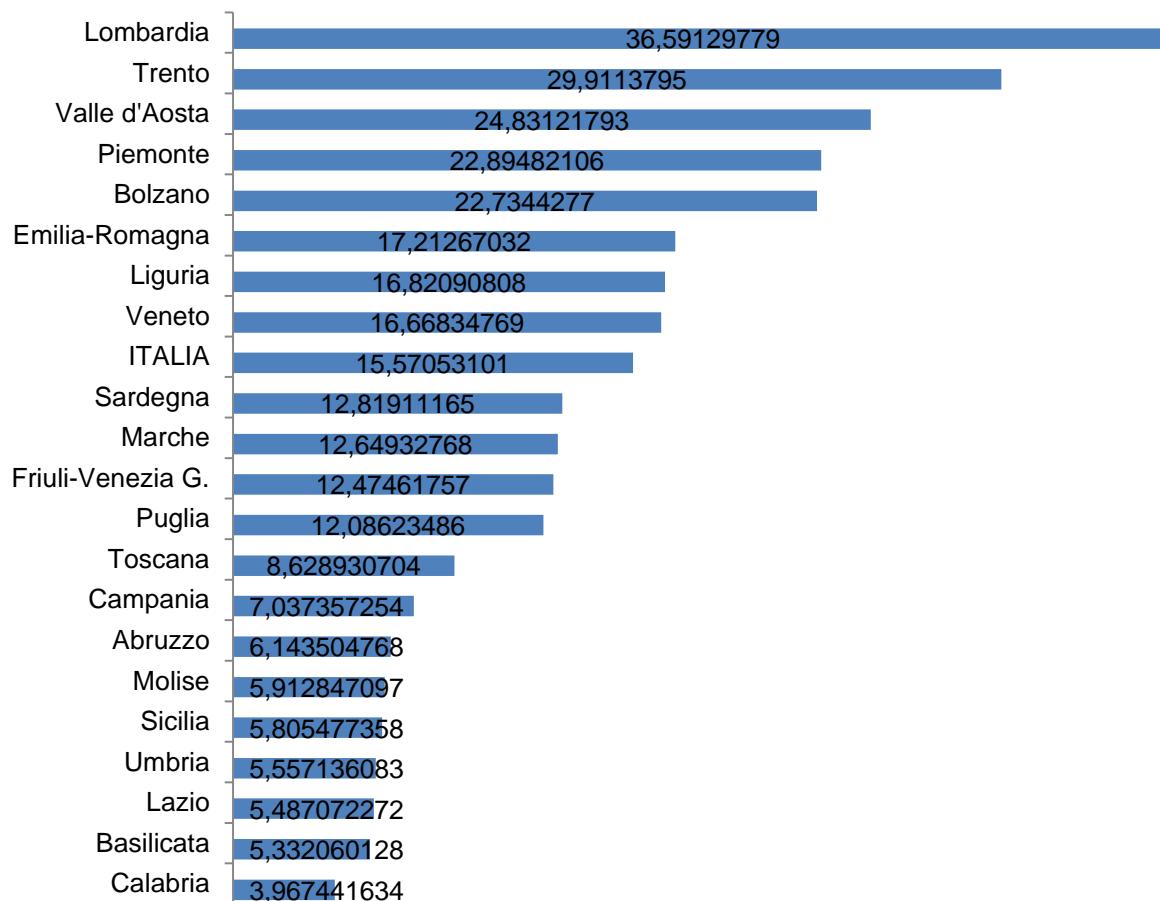
Decessi 2020:
746146

Decessi attesi sulla base dei decessi 2015-
2019: 645620

Differenza in aumento:
100526

Variazione percentuale:
+ 15,6 %

Variazione percentuale decessi 2020 vs decessi attesi 2015-2019 per regione



Fonte ISTAT <https://www.istat.it/it/archivio/239854>, Accesso il 13/05/2021

Lo squilibrio risorse/necessità (L.Orsi, Ricp)

Principi dei tempi ordinari

Rispetto dei principi fondanti del SSN

Universalità di accesso

Iniquità delle discriminazioni

Rispetto dei codici

deontologici delle professioni sanitarie

Principi dei tempi straordinari

Inevitabilità del triage

Massimo beneficio per il

maggior numero di persone

Assicurare il maggior sollievo possibile della sofferenza



L'impatto del CoViD 19 sulla nostra maniera di lavorare

Solo cure di fine-vita

Limitazioni nella qualità/quantità delle prestazioni da «cure palliative»: visite brevi, esclusione dei familiari, limitazioni legate all'utilizzo dei DPI, mancato supporto al lutto

La sospensione delle riunioni di équipe

La quarantena ed il confinamento dei contatti

L'uso della tecnologia

L'esclusione dei volontari



Il contrasto alla malattia pandemica CoViD 19.

Il coinvolgimento locale dei Servizi, delle UUOO e delle Reti di cure palliative:
un impegno rapido, intenso e duraturo (L. Orsi, Ricp 2/2020)

Gestione, concorso alla gestione, consulenza ai
nuovi reparti CoViD

Attivazione di nuovi reparti CoViD *end-of-life*

Gestione degli hospice CoViD

Consulenza ai dipartimenti di Emergenza-
Urgenza

Percorsi formativi urgenti

Concorso ad attività di non diretto interesse in
Cure Palliative

La centralità delle cure palliative nel SSN:
la contaminazione virtuosa



Contrastare la deriva prestazionale
dell'assistenza domiciliare

Le cure palliative come modello/volano
dell'attività delle cure primarie

La presa in carico, il modello del lavoro
d'équipe multiprofessionale e
multidisciplinare

Il consenso informato e la pianificazione
condivisa delle cure

La liceità giuridica e la correttezza etica

Le competenze!



“I servizi di cure palliative promossi, sono basati sulle evidenze, costo-efficacia, equità, integrati e in continuità di cura con tutti i livelli assistenziali; si sviluppano in contesti di assistenza primaria con il coinvolgimento della comunità e privilegiano l’assistenza domiciliare, rafforzando così i sistemi sanitari nel loro complesso e l’assistenza globale della persona.”

(Resolution of OMS A67/31 Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course)

Alcuni aspetti interessanti

**Le nuove possibilità:
La legge 106/2021 ed il DM 77**



Legge 23 luglio 2021 n° 106

Conversione in legge...del decreto legge 25 maggio 2021 n° 73 recante misure urgenti connesse all'emergenza da CoViD-19, per le imprese, il lavoro, i giovani e i servizi territoriali

Comma 2-bis:...In coerenza con quanto previsto ...dal DPCM 12 gennaio 2017, il ministro della Salute, previa istruttoria di AGENAS da concludere entro il 30 dicembre 2021, effettua una ricognizione delle attività svolte...ed elabora un programma triennale per l'attuazione della L38/2010 al fine di assicurare, entro il 31 dicembre 2025, l'uniforme erogazione dei LEA del citato DPCM tutto il territorio nazionale, fissando per ciascuna regione e provincia autonoma i relativi obiettivi.

...L'attuazione del predetto programma triennale da parte delle regioni e delle province autonome costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo



Legge 23 luglio 2021 n° 106

*Conversione in legge...del decreto legge 25 maggio 2021 n° 73
recante misure urgenti connesse all'emergenza da CoViD-19, per le
imprese, il lavoro, i giovani e i servizi territoriali*

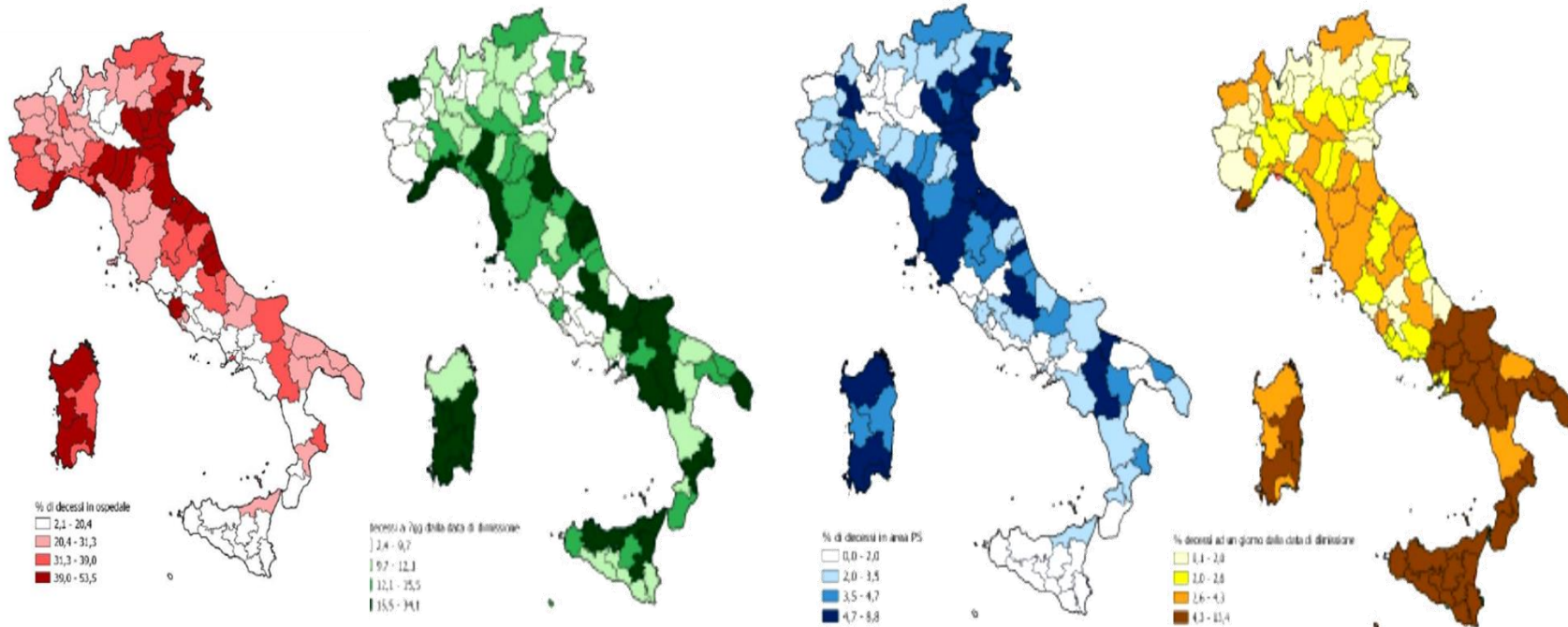
Comma 2-*quater*: all'attuazione delle disposizioni...le amministrazioni interessate provvedono con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica

Comma 2-*quinques*: in caso di mancata attuazione del programma triennale nei termini previsti si applica la procedura per l'esercizio del potere sostitutivo di cui all'art. 8 della legge 5 giugno 2001, n° 131



<https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2048-cure-palliative->

l'attuazione delle reti



Decessi in ospedale per TM
sul totale dei deceduti per TM

Decessi per TM entro 7gg dalla dimissione
sul totale dei deceduti per TM

Decessi in area PS* per TM
sul totale dei deceduti per TM

Decessi per TM entro 24h da dimissione
sul totale dei deceduti per TM

Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale

SOMMARIO

1. PREMESSA.....
2. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN
3. STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE E DELLE CONDIZIONI DEMOGRAFICHE DEI TERRITORI COME STRUMENTO DI ANALISI DEI BISOGNI, FINALIZZATA ALLA PROGRAMMAZIONE E ALLA PRESA IN CARICO.....
4. DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI
5. CASA DELLA COMUNITÀ.....
6. INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITÀ.....
7. UNITÀ DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
8. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE.....
9. CENTRALE OPERATIVA 116117.....
10. ASSISTENZA DOMICILIARE.....
11. OSPEDALE DI COMUNITÀ
12. RETE DELLE CURE PALLIATIVE
13. SERVIZI PER LA SALUTE DEI MINORI, DELLE DONNE, DELLE COPPIE E DELLE FAMIGLIE ..
14. PREVENZIONE IN AMBITO SANITARIO, AMBIENTALE E CLIMATICO
15. TELEMEDICINA
16. SISTEMI INFORMATIVI E DI QUALITA'



Allegato 2 – Ricognizione Standard

Centrale operativa territoriale

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.

Assistenza Domiciliare

Le Cure domiciliari sono un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza

Rete delle cure palliative

La rete delle cure palliative è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O.), ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale

La stratificazione della popolazione e l'analisi del bisogno di salute

La definizione dei bisogni socioassistenziali che portano alla definizione del Progetto di Salute determina l'identificazione di un'équipe multiprofessionale minima (medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, medico specialista ed infermiere di famiglia e comunità), **maggiore è la complessità clinico-assistenziale maggiori saranno le figure professionali coinvolte e in continua evoluzione in relazione all'evolversi della malattia ed allo stato di fragilità espressa (anche di natura sociale e psicologica).**

In relazione alla complessità del Progetto di Salute sarà identificata la composizione dell'**équipe multiprofessionale** che nel rispetto dei ruoli e delle competenze garantirà la presa in carico.

Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale

La stratificazione della popolazione e l'analisi del bisogno di salute

Tabella 1. Cooperazione funzionale delle figure che costituiscono l'équipe multiprofessionale

MMG/PLS Referente del caso in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito in tutta la sua globalità e in tutte le fasi della vita.

Infermiere

Contempla tra le sue attività la presa in carico del singolo e della sua rete relazionale da un punto di vista assistenziale e di autocura, si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l'assistito nelle diverse fasi della presa in carico.

Specialista

Assume un ruolo di rilevanza strategica in alcune fase della malattia che non possono essere demandate per la complessità diagnostica e terapeutica che le caratterizza. In caso di cronicità multipla il ruolo potrà essere assunto dallo specialista che segue la cronicità prevalente per gravità/instabilità sulle altre e quindi questa figura potrà variare nel corso del processo. La figura dello specialista ha un ruolo di spicco in alcune fasi centrali del processo, dove le sue competenze fanno sì che assuma un ruolo di guida nella decisione clinica.

Psicologo Referente delle valutazioni e risposte ai bisogni psicologici del paziente e della sua rete di supporto.

Assistente Sociale Referente della risposta ai bisogni sociali del paziente e della sua rete relazionale.

Équipe di supporto

Tutti gli specialisti o le altre figure professionali della UVM che durante il processo parteciperanno alla presa in carico.

I professionisti sanitari coinvolti possono assumere il ruolo di case manager nelle diverse fasi della presa in carico in considerazione della predominanza di specifici bisogni assistenziali (es. ostetrica, fisioterapista, ecc.).

Alcuni aspetti interessanti

...le nuove sfide



Progetto di Legge

Disposizioni di morte volontaria medicalmente assistita

Testo approvato dalla Camera il 10 marzo 2022

Art. 3 Comma 1: Può far richiesta di morte volontaria medicalmente assistita la persona che...sia stata previamente **coinvolta in un percorso di cure palliative** al fine di alleviare il suo stato di sofferenza e le abbia esplicitamente rifiutate o le abbia volontariamente interrotte.

Art. 5 Comma 3: Il rapporto...deve indicare se la persona è a conoscenza del **diritto di accedere alle cure palliative** e specificare se è già in carico a tale rete di assistenza o se ha esplicitamente rifiutato tale percorso assistenziale.



Progetto di Legge

Disposizioni di morte volontaria medicalmente assistita

Testo approvato dalla Camera il 10 marzo 2022

Art. 7 Comma 2: I comitati (*per la valutazione clinica*) devono essere multidisciplinari, autonomi ed indipendenti, costituiti da medici specialisti, **ivi compresi palliativisti**, e da professionisti con competenze cliniche, psicologiche, giuridiche, sociali, e bioetiche idonee...

Art. 10 Comma 1: ...il Ministero della salute, previa intesa in sede di Conferenza...definisce le modalità di monitoraggio e di **potenziamento della rete di cure palliative** che garantisca la copertura efficace ed omogenea di tutto il territorio nazionale.

Alcuni aspetti interessanti

le opportunità

Rep. Atto n° 118 CSR, 27 luglio 2020 Proposta di accreditamento delle reti di cure palliative ai sensi dell'art. 5, comma 3 della Legge 15 marzo 2010, n. 38

Rep. Atto n° 30 CSR, 25 marzo 2021 Proposta di accreditamento delle reti di cure palliative pediatriche e terapia del dolore ai sensi dell'art. 5, comma 3 della Legge 15 marzo 2010, n. 38



*Proposta di accreditamento delle reti di cure palliative
ai sensi dell'art. 5, comma 3 della Legge 15 marzo 2010, n. 38*

ELEMENTI CARATTERIZZANTI LA RETE REGIONALE DI CURE PALLIATIVE

- *Coordinamento e promozione del processo di sviluppo delle cure palliative a domicilio, in hospice, nelle strutture residenziali e nelle strutture ospedaliere al fine di garantire approccio omogeneo ed equità di sistema*
- *Sviluppo del sistema informativo*
- *Sviluppo di un sistema di monitoraggio dello stato di attuazione delle reti locali, delle loro attività e definizione degli indicatori quali-quantitativi di CP*
- *Definizione degli indirizzi per lo sviluppo omogeneo dei percorsi di presa in carico e assistenza di CP*
- *Promozione di programma obbligatori di formazione continua in cure palliative*

REQUISITI DELLE RETI LOCALI DI CURE PALLIATIVE



- *Organizzazione/sistema di governo*
- *Risorse umane, tecnologiche, economiche del coordinamento della rete*
- *Processi assistenziali: percorsi di cura*
- *Processi assistenziali: dimissioni protette*
- *Processi assistenziali: monitoraggio della qualità*
- *Processi di supporto: formazione continua degli operatori*
- *Processi di supporto: processi sociali*



Legge 77/2020 (conversione del DL 34/2020, «decreto rilancio»)

Art 5-ter Il lungo percorso di attuazione dell'art. 8 della legge 38/2010 si è concluso con la istituzione della Scuola di specializzazione in “Medicina e Cure Palliative” a decorrere dall'anno accademico 2021-2022 e l'introduzione del Corso di cure palliative pediatriche nell'ambito dei corsi obbligatori delle scuole di specializzazione in pediatria.

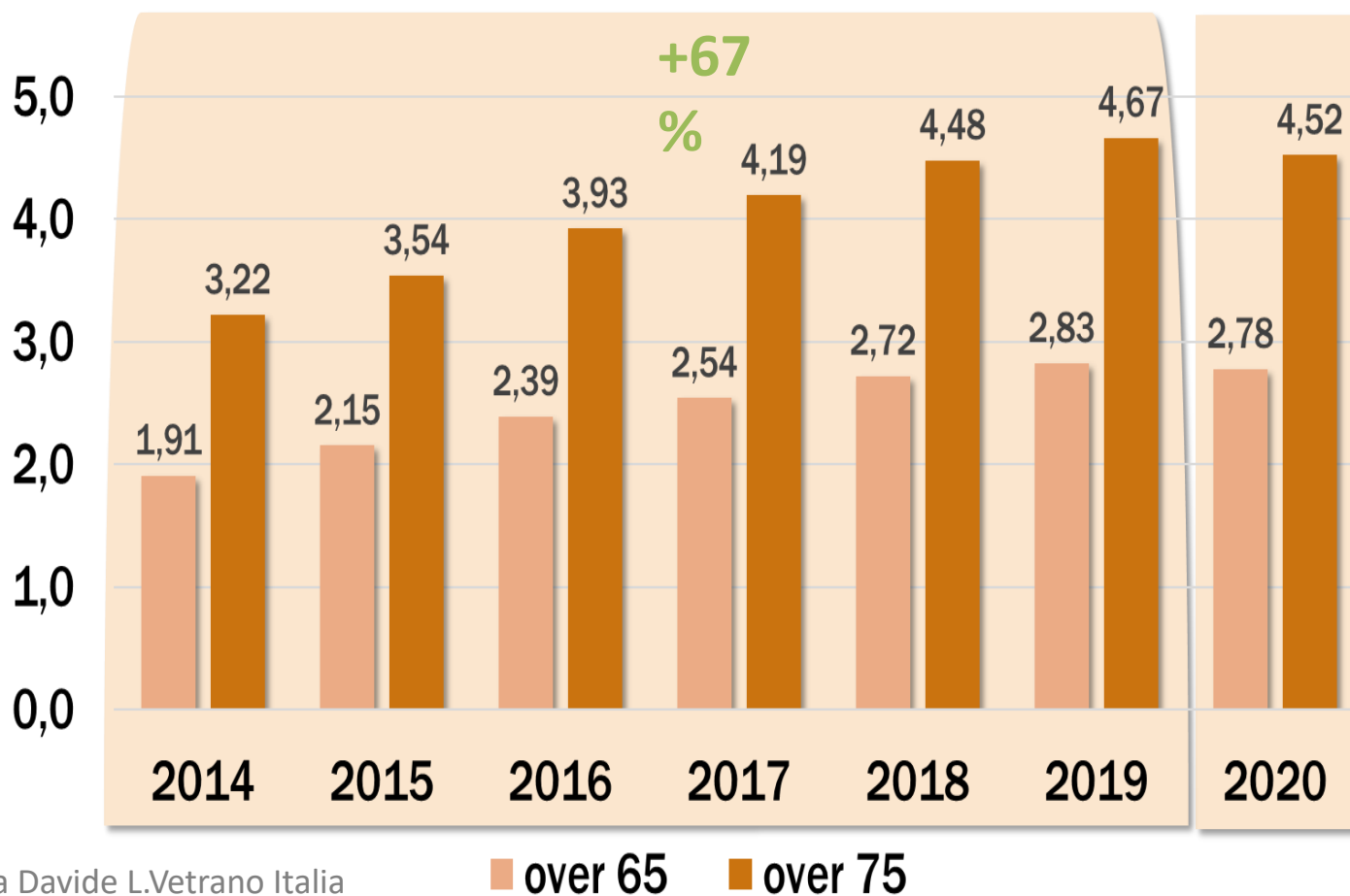
Alcuni aspetti interessanti

Cambiare passo

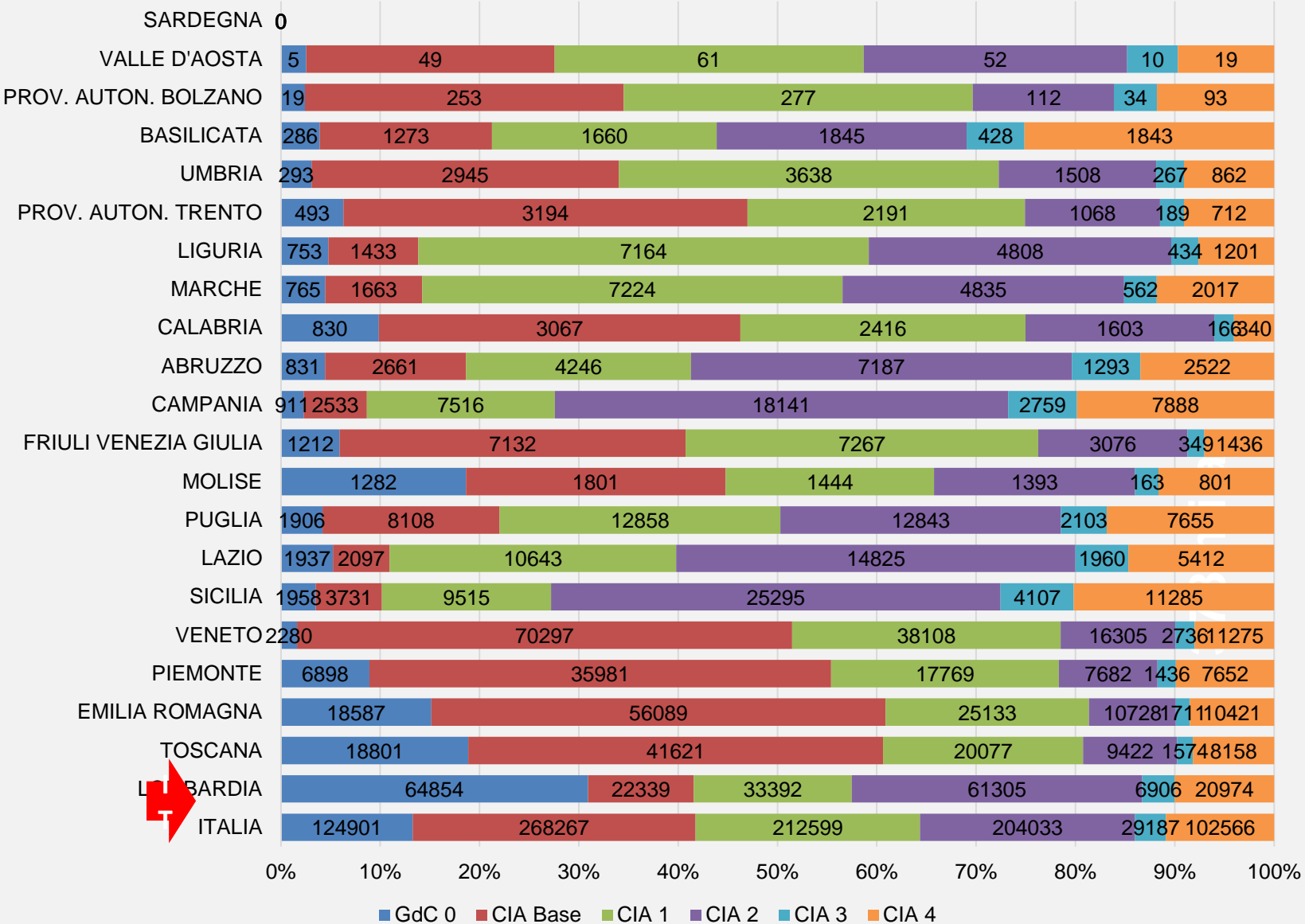
ADI E ANZIANI: TREND % 2014-2020

FLUSSO NON COMPRENDE:

UCP DOM, CP PEDIATRICHE, SERVICE OTD/NAD/VENTILOTERAPIA, TELEASSISTENZA, PRESTAZIONALE, ESTEMPORANEA



Case-mix assistiti ADI over 65 (2020)



CAMBIARE PASSO

- invecchiamento
- famiglie unipersonali
- fragilità
- patologie croniche evolutive
- instabilità clinica
- bisogni sanitari e psicosociali

Medicina della
complessità

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

#NEXTGENERATIONITALIA

Italia
domani

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

- Bisogno monitorato e valutato

CARE MANAGEMENT

- Coordinare le risposte assistenziali

COOPERAZIONE

- Responsabilizzazione di tutte le professionalità

SISTEMA A "RETE"

- Capace di coinvolgere tutti gli stakeholder

TECNOLOGIA

- Continuità informazionale e gestionale



nuove modalità di allocazione delle risorse



nuove modalità organizzative e di
caratterizzazione del sistema cure domiciliari
UCP DOM –ADI COMPLESSA –IFEC



nuove competenze professionali e nuovi
strumenti di VMD in grado di produrre indici
sintetici di misura della fragilità e della
prognosi



tecno-assistenza



UTILIZZARE LE NUOVE RISORSE



Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale", n. 180 del 18 luglio 2020 - Serie generale

Spedite: abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA Roma - Sabato, 18 luglio 2020

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA AREVOLA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00131 ROMA - CENTRALINO 06-85091 - LIBRERIA DELLO STATO
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

N. 25/L

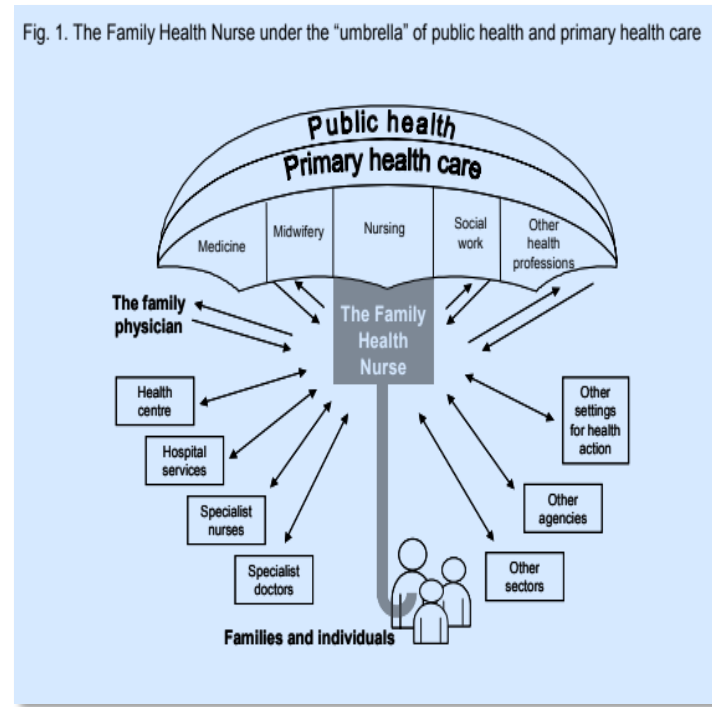
LEGGE 17 luglio 2020, n. 77.

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemologica da COVID-19.

Testo del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, coordinato con la legge di conversione 17 luglio 2020, n. 77, recante: «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemologica da COVID-19».

4. Le regioni e le province autonome, per garantire il massimo livello di assistenza compatibile con le esigenze di sanità pubblica e di sicurezza delle cure in favore dei soggetti contagiati identificati attraverso le attività di monitoraggio del rischio sanitario, nonché di tutte le persone fragili la cui condizione risulta aggravata dall'emergenza in corso, qualora non lo abbiano già fatto, incrementano e indirizzano le azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare, sia con l'obiettivo di assicurare le accresciute attività di monitoraggio e assistenza connesse all'emergenza epidemologica, sia per rafforzare i servizi di assistenza domiciliare integrata per i pazienti in isolamento domiciliare o sottoposti a quarantena nonché per i soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità tutelate ai sensi del Capo IV del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 65 del 18.03.2017 - S.O. n. 15. A tal fine, nel rispetto dell'autonomia regionale in materia di organizzazione dei servizi domiciliari, le regioni e le province autonome sono autorizzate ad incrementare la spesa del personale nei limiti indicati al comma 10.

5. Al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'introduzione altresì dell'infermiere di famiglia o di comunità, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati come affetti da COVID-19, anche coadiuvando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonché di tutti i soggetti di cui al comma 4, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001,



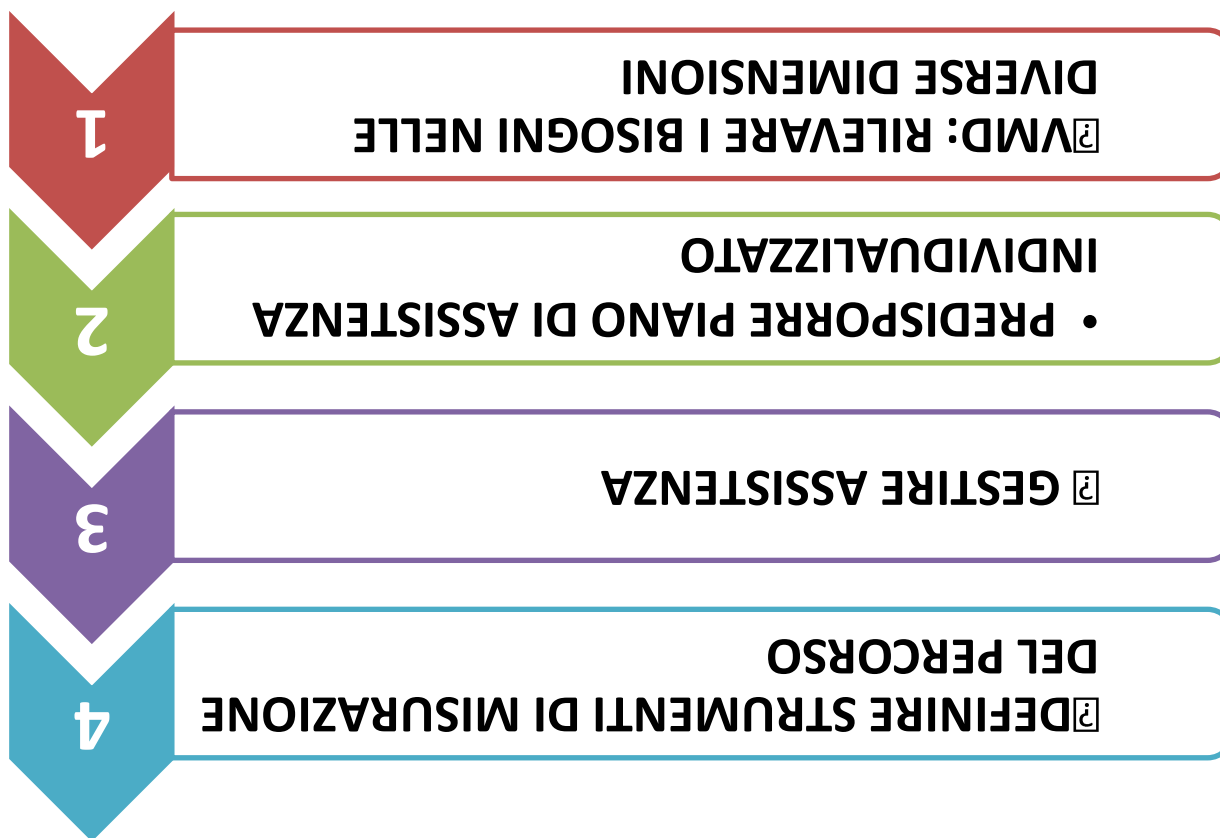
I pazienti che mettono in crisi l'organizzazione distrettuale sono quelli che indentifichiamo ad alta complessità assistenziale...

...questo perché il Distretto presenta una serie di carenze date dalla sua stessa storia istitutiva.

Il Distretto nasce per essere il I livello di un percorso diagnostico, la porta d'accesso per percorsi assistenziali calibrati sulla cronicità, ma non certo per affrontare un'assistenza domiciliare per l'alta complessità di cure.

Cure territoriali e malattie rare verso un nuovo modello di presa in carico dei pazienti Position paper **Alleanza Malattie Rare AMR**

La Fragilita' : richieste al Sistema



Strumenti utilizzati dai MMG nelle Regioni per la VMD

- ACG su scheda informatizzata su portale del sistema informativo regionale
- Allegato 3 DGR. n. 2372 del 23.12.2011
- BRADEB cartaceo
- MODULO ASL cartaceo solo per le cure domiciliari
- CIRS (2), cartacea
- IADL + ADL informatizzati
- IADL cartaceo
- INTER-RAI informatizzato
- KARNOFSKY
- PRISMA 7, proposto sulla cartella CAD informatizzata
- Scheda accesso UVCP cartacea
- scheda cartacea AGED
- SVAMA (15 CITAZIONI, cartacea o informatizzata)
 - SPMSQ cartaceo
- Scheda multidimensionale in modalità cartacea
- SVAMA cognitivo funzionale informatizzata
- SVAMA cognitiva funzionale informatizzata
- sul sito ASL.PE.it modulistica a cura di MMG/PLS
- MMSE informatizzato
- ADL cartaceo
- scheda per prestazioni da eseguire creata da ATS

- Quasi sempre cartacei
- Quasi sempre compilati solo al Tempo Zero per giustificare la presa in carico nei setting di cura specifici
- Del tutto inefficaci a stendere un Piano di Cura e Assistenza Individuale
- Del tutto inefficaci a rilevare indicatori sintetici di performances per un Piano Esiti delle Cure Domiciliari

...nell'era della Intelligenza Artificiale e del Machine Learning ...

TECNOASSISTENZA

TELEVISITA

È un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con supporto del care giver.
Durante la tele visita un operatore sanitario che si trovi vicino al paziente può assistere il medico e/o aiutare il

TELECONSULTO MEDICO

È un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, riguardo la situazione clinica di un paziente,
Se presente il paziente si configura come un tele visita multidisciplinare.

TELECONSULENZA MEDICO-SANITARIA

È specifica delle professioni sanitarie, eseguita da 2 o più persone per supporto durante svolgimento attività sanitarie, a cui segue una videochiamata in cui il professionista interpellato fornisce indicazioni per le azioni.

TELEASSISTENZA

È interazione a distanza tra professionista e paziente/caregiver, con condivisione di dati e referti.
Utilizzo di app per somministrare questionari, immagini.
Assistere nella corretta esecuzione delle attività di assistenza.



M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

- Potenziare il SSN, **allineando i servizi ai bisogni delle comunità** e dei pazienti, anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica.
- Rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari
 - ✓ *Migliorando integrazione servizi ospedalieri, sanitari e sociali locali, in continuità assistenziale con percorsi integrati ospedale - domicilio*
- Sviluppare la telemedicina e a superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio.
- Sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare



M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

- Sviluppare una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologici
- Rafforzare la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario
- Potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN a livello Centrale e Regionale, al fine di garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure; valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale; e garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria guidata dalla analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni

Il 20° è stato il secolo dell'ospedale...
il 21° sarà il SECOLO del SISTEMA



La Sanità di Iniziativa

✓ Dal Bisogno rilevato (Prendersi Cura a casa delle Persone con Cronicità Avanzata e Fragili)
Alla Identificazione delle popolazione target (cronici con multi-morbidità, fragili, con limitata attesa di vita)



Un Percorso Unico con Pianificazione Anticipata delle Cure

✓ Dall'utilizzo di molteplici strumenti (spesso non finalizzati al prendersi cura)
Ad una Valutazione Multidimensionale con criteri validati (coerente con le finalità del percorso, uniforme, informatizzata) finalizzata al Piano di Assistenza Individuale



Un Percorso Integrato/Interconnesso

✓ Dalla compilazione di schede domiciliari cartacee (senza alcuna possibilità di recupero né di condivisione dei dati)
Alla digitalizzazione nativa dei dati e alla condivisione dei flussi informativi con la Rete dei Servizi e delle offerta di cura premessa per un Piano Nazionale Esiti delle Cure Domiciliari



La Grande Incompiuta...la Medicina Generale

(How to build healthcare systems, 2012)

