

**ASL VITERBO**  
**RETE INTEGRATA OSPEDALE - TERRITORIO**

**RETE LOCALE DELLE CURE PALLIATIVE:**  
**MODELLO ORGANIZZATIVO E TECNICHE DI FUNZIONAMENTO**

**ELENCO EDIZIONI/REVISIONI**

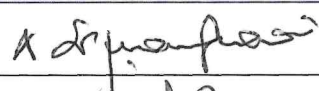



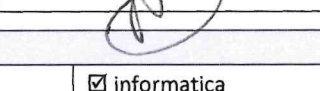
Revisione	Data	Edizione 1	Data 22/04/25
Revisione	Data	Edizione	
Revisione	Data	Edizione	

☒ Copia controllata (soggetta ad aggiornamento)

**Razionale e descrizione revisioni successive**

Revisione 1	
Revisione 2	

**ELENCO EMISSIONE/APPROVAZIONE**

<b>Redatto da</b> Gruppo di lavoro (nota CS prot. n. 90371 del 15/11/2024)	
<b>Verificato da</b> Coordinamento Aziendale RLCP	
<b>Approvato da</b> Direttore Amministrativo Aziendale- Dr.ssa Di Giovanni Simona	
<b>Approvato da</b> Direttore Sanitario Aziendale – Dr. Rizzotto Antonio	
<b>Approvato da</b> Direttore Generale – Dr. Bianconi Egisto	

**DISTRIBUZIONE**

Distribuito in forma	<input type="checkbox"/> cartacea <input checked="" type="checkbox"/> informatica
Distribuzione interna	Direttori di Distretto per la distribuzione a tutte le articolazioni distrettuali Direttori di Dipartimento per la distribuzione a tutte le strutture dipartimentali Direttore GoPS per la distribuzione a tutte le funzioni organizzative
Distribuzione esterna	Direttori di Distretto e Direttore UOC Cure Primarie per la distribuzione ai Medici di Medicina Generale, ai Servizi Sociali degli EELL e alle strutture socioassistenziali interessate Direttori di Distretto, Direttore UOC Cure Primarie e direttore PGOA per la distribuzione alle Strutture sanitarie e sociosanitarie accreditate interessate Direzioni sanitarie delle strutture accreditate per le cure palliative per la distribuzione alle UCP specialistiche domiciliari e le strutture hospice residenziali
Lista di distribuzione a cura di	→ DS Polo per l'area ospedaliera → Direttori di Distretto per l'area territoriale → Direzioni sanitarie delle strutture accreditate per le cure palliative per le articolazioni organizzative di competenza → Area comunicazione per aggiornamento sezione della pagina web e la relativa comunicazione social

## INDICE

1.	OGGETTO	3
2.	RAZIONALE	3
4.	ANALISI DI CONTESTO	5
5.	SCOPO E OBIETTIVI	7
4.	CAMPO DI APPLICAZIONE E TARGET	8
5.	LA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE	9
	5.1. I NODI DELLA RETE: RUOLI E FUNZIONI	9
	5.2. IL COORDINAMENTO DELLA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE	13
6.	PERCORSO INTEGRATO DI CURA PER LE CURE PALLIATIVE IN ETA' ADULTA	14
	6.1. INGRESSO NEL PERCORSO E UNITA' VALUTATIVA CURE PALLIATIVE	15
	6.2. CRITERI DI ELEGGIBILITA' E STRUMENTI DI VALUTAZIONE	17
	6.3. STRUMENTI DI CONDIVISIONE DELLE INFORMAZIONI	18
	6.4. IL PERCORSO E GLI SNODI DECISIONALI	19
	6.5. INGRESSO NEL PERCORSO DI CURA INTEGRATO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE	21
	6.6. MATRICE DEGLI SNODI DECISIONALI	23
7.	DILEMMI ETICI	24
8.	COMUNICAZIONE, ORIENTAMENTO E FORMAZIONE	24
9.	QUALITÀ E APPROPRIATEZZA DI SERVIZI E PRESTAZIONI	25

## 1. OGGETTO

Il presente documento è volto a definire l'organizzazione e le tecniche di funzionamento della Rete Locale integrata di Cure Palliative (RLCP) della ASL di Viterbo, nel rispetto dell'evoluzione dei modelli integrati definiti dalla più recenti normative, Ministeriali e Regionali.

Il nuovo modello organizzativo ha le finalità di **promuovere la convergenza delle articolazioni organizzative che compongono la RLCP** in ambito domiciliare e residenziale, armonizzare lo sviluppo dei sistemi integrati ospedale-territorio e 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.

Questo è reso possibile dall'individuazione di un nodo centrale, la UOSD di Cure Palliative, che assicura la regia dei percorsi di cura e da un organismo di coordinamento, il Coordinamento della RLCP, che vede la partecipazione dei referenti di tutti i nodi interessati dai processi.

La RLCP opera attraverso lo **sviluppo di regole, protocolli e procedure condivisi** con gli attori della Rete, al fine di assicurare l'unitarietà, l'appropriatezza e la continuità dei percorsi di cura.

Il documento è coerente con la normativa in vigore, tiene conto sia delle indicazioni contenute nei Lea che dei criteri necessari al fine di ottemperare ai processi di accreditamento istituzionale previsti, in particolare, dal punto di vista organizzativo, la RLCP deve soddisfare una serie di standard qualitativi e quantitativi definiti dal documento di Intesa in Conferenza Stato-Regioni del 25 luglio 2012.

## 2. RAZIONALE

La legge 15 marzo 2010, n. 38 identifica le **Reti Regionali** e le **Reti Locali di Cure Palliative** 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.

La rete locale viene definita come **"una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale"** (Intesa Stato/Regioni del 25 luglio 2012), ed 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."** (DM 77/2022).

<b>Standard DM 77/2022</b>	<i>Hospice (8/10 p.l. ogni 100.000 abitanti) Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) in misura di 1 ogni 100.000 abitanti</i>
----------------------------	--

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 circa l'1,5% dell'intera popolazione.

I dati di letteratura e le stime OMS (Atlante Globale di Cure Palliative, edito nel 2020) sono concordi nel definire che la prevalenza di pazienti con bisogni di cure palliative, nella popolazione dei paesi ad elevato sviluppo economico, è pari a 1-1.4%, di questi malati circa il 60% sono affetti da insufficienze d'organo end stage non causate da patologie oncologiche, mentre il restante 40% è affetto da patologia oncologica. Complessivamente emerge che nel 55-70% questi bisogni possano trovare una risposta adeguata nelle Cure Palliative di Base (CPDB) attraverso modelli di integrazione tra le equipe specializzate e le altre strutture erogative del territorio.

Il progressivo aggiornamento normativo a livello nazionale (Legge 38/2010, Intesa Stato Regioni Rep. n. 151/CSR del 25 luglio 2012, DPCM 12 gennaio 2017 artt. 21,23,31 e 38, Accordo Stato Regioni n. 118/2020 e n. 119/2020 e n. 30/2021) rende cogente l'implementazione e l'accREDITamento delle Reti locali di Cure Palliative e del dolore in età adulta ed in età pediatrica come indicato dalla DGR 976/23 che da come target definitivo dicembre 2025.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Reti e percorsi clinico assistenziali	Interno ASL Livello 2	ASL VT

I bisogni di salute sono in continuo cambiamento e l'ampliamento della platea di persone con necessità di cure palliative coincide con l'indicazione ad una presa in carico anticipata foriera di migliori risultati; questo comporta inevitabilmente che le nuove modalità organizzative coinvolgano un numero maggiore di professionisti, dedicati e non dedicati, e siano accompagnate da nuove competenze cliniche e assistenziali e da un impiego utile delle possibilità proposte dalla tecnologia (*De Chirico C., Gobber G. 2022*).

Diversi studi hanno ormai accertato l'efficacia di una presa in carico tempestiva del malato e della sua famiglia da parte della Rete di Cure Palliative al fine di ridurre il carico sanitario, organizzativo ed economico, per la cura di patologie inguaribili e contenere il carico sociale per la famiglia e la collettività associato alle elevate necessità assistenziali di questa tipologia di malati.

La rete deve adeguarsi per garantire cure di qualità, un accesso equo alle stesse a tutte le persone con patologia cronica e con limitata aspettativa di vita, a prescindere dalla prognosi e della presenza o meno di terapie attive, con un percorso centrato sui bisogni del paziente e della famiglia e senza distinzioni di sorta.

### 3. NORMATIVA E BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Legge del 15 marzo 2010, n. 38 recante Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore;
- Accordo in sede di Conferenza Stato Regioni n. 118 del 27 luglio 2020 "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38". Rep. Atti n.118/CSR del 27 luglio 2020;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 recante Definizione e aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza In accordo con la legge 38/2010;
- Legge del 22 dicembre 2017, n. 219 recante Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento;
- Legge 23 luglio 2021, n. 106. 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;
- Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale;
- DCA n. U00084 del 30 settembre 2010, avente ad oggetto Rete Assistenziale delle cure palliative della Regione Lazio;
- DCA n. U00461 del 15 novembre 2013 "Recepimento della Intesa, ai sensi dell'art. 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 Ministero 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;
- DCA n. U00360 del 16 novembre 2016 Indirizzi per l'implementazione della rete locale di cure palliative;
- Deliberazione della Giunta regionale del 21 aprile 2022, n. 214 Disposizioni in ambito delle cure palliative e terapia del dolore. Recepimento dell'Intesa Stato Regioni. Rep. Atti n. 103/CSR del 9 luglio 2020 e degli Accordi Stato Regioni, Rep Atti n. 118/CSR e 119/CSR del 27 luglio 2020 e Rep. Atti n. 30/CSR del 25/3/21;
- Deliberazione di Giunta Regionale 26 luglio 2022, n. 643 Approvazione del documento Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto Ministeriale 23/5/22, n.77;
- Deliberazione della Giunta 28 dicembre 2023 n. 976 – Adozione del Piano di programmazione dell'Assistenza territoriale 2024-2026;
- Determinazione n. G16920 del 15 dicembre 2023 Coordinamento regionale della Rete di Cure Palliative in applicazione della Legge 38/2010 e del DCA n. U00360/2016 per la definizione e il monitoraggio delle linee di indirizzo per l'organizzazione della Rete di Cure palliative dell'adulto e della Rete della Terapia del dolore e Cure Palliative in età pediatrica. Istituzione e nomina componenti;
- Determinazione 17 settembre 2024, n. G12137 Approvazione documento d'indirizzo per la formazione in cure palliative;

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Reti e percorsi clinico assistenziali	Interno ASL Livello 2	ASL VT

- Deliberazione di Giunta Regionale dell'8 marzo 2024, n. 129 Piano Regionale di potenziamento delle Reti di Cure Palliative (adulto e pediatrica) anno 2024 legge del 15 marzo 2010, n. 38 Determina 360/2016 Regione Lazio Determina 129/2024 Regione Lazio;
- Deliberazione di Giunta Regionale del 6 febbraio 2025, n.50 recante Adozione dei requisiti di accreditamento delle Reti Locali delle Cure Palliative (RLCP) ai sensi della LG n. 38 del 15/3/2010;
- Determinazione 11 aprile 2025, n. G04563 Approvazione del documento Dilemmi Etici nella Rete Locale di Cure Palliative;
- Moroni et al., Il modello organizzativo in cure palliative Rivista italiana cure palliative 2019; 21: 248-252;
- Società Italiana di Cure Palliative (SICP) Dall'individuazione precoce dei bisogni di cure palliative nel paziente adulto, al piano di cura personalizzato Proposta di criteri condivisi per la Rete Regionale Toscana di Cure Palliative per l'adulto, 2021;
- Rapporti ISTISAN 24/24, Manuale di valutazione della comunicazione nelle cure palliative. Gruppo CARE (Comunicazione, Accoglienza, Rispetto, Empatia) Cure Palliative 2024, vii, 58 p.;
- Rapporto sullo stato di attuazione della legge n. 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, 2015-2017;
- Documento congiunto sul fine vita dell'anziano in residenza sanitaria assistenziale, a cura di Società Italiana di Gerontologia e Geriatria e Società Italiana di Cure Palliative, Edizione 1 - Anno 2024
- Le cure palliative nel malato internistico: focus sulle malattie croniche 2022 in fase avanzata, Documento di consenso intersocietario SICP- FADOI, Edizione 1 - Anno 2022;
- Cure palliative e IFeC, Documento di consenso FNOPI e SICP, Edizione 1 – anno 2023.

#### *Deliberazioni aziendali*

- Del. DG n.367 del 20 marzo 2017 "Istituzione Rete Aziendale della Terapia del Dolore e Cure Palliative e approvazione del Progetto e della Procedura relativi alla Rete della Terapia del Dolore e Cure Palliative della ASL VT";
- Del. DG 1405 del 9 agosto 2017 "Istituzione Coordinamento Aziendale della Rete Locale di Cure Palliative e nomina Componenti";
- Del. DG 654 del 18 aprile 2018 "Revisione Procedura generale UOSD per la Rete della Terapia del Dolore e delle Cure Palliative della ASL VT, di cui alla del. DG n.367/2017";
- Del. DG 2735 del 22 dicembre 2020 "Coordinamento aziendale della Rete locale di Cure Palliative: Sostituzione componenti";
- Del DG n.2120 del 2022 "Costituzione del Centro per la Terapia del Dolore e Cure Palliative";
- Deliberazioni CS n. 581 del 28/03/2024 "Attivazione Centrali Operative Territoriali" e n. 256 del 15/2/2024 "Approvazione del documento "Sistema Centrali Operative: articolazione, funzioni e linee operative".
- Deliberazione Della Direzione Generale n. 343 del 14/04/2025 avente per oggetto Adozione Atto di Autonomia Aziendale Asl Viterbo.

#### **4. ANALISI DI CONTESTO**

Il Comitato Tecnico Scientifico nel 2023 ha stimato il fabbisogno di cure palliative specialistiche nella popolazione adulta italiana in rapporto pari a 335 adulti/anno ogni 100.000 abitanti. I dati di letteratura più recenti evidenziano che il bisogno di Cure Palliative Pediatriche (CPP) specialistiche è in continuo aumento e che attualmente riguarda 18 minori/anno ogni 100.000 abitanti (3 minori/anno ogni 100.000 con patologia oncologica e 15 minori/anno ogni 100.000 con patologia non oncologica), con un tasso di mortalità annua di 2 minori ogni 100.000 abitanti.

Considerato che la popolazione della provincia di Viterbo è pari a 308000 abitanti la prevalenza di persone che necessitano di cure palliative di base e specialistiche è di circa 4000 unità:

→ di cui circa 263000 abitanti con età >18 anni, con una prevalenza stimata dei bisogni di cure palliative specialistiche per la popolazione adulta stimata intorno ai 881 pazienti/anno,

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Reti e percorsi clinico assistenziali	Interno ASL Livello 2	ASL VT



→ di cui circa 45000 abitanti con età >18 anni, con una prevalenza stimata dei bisogni di cure palliative specialistiche per stimata intorno ai 8 minori/anno.

Lo Studio Senti-MELC, sistema di monitoraggio delle cure di fine vita (2017), ha valutato che in Italia più del 60% dei malati aventi diritto non ricorre ai servizi specialistici palliativi: quasi il 40% dei malati oncologici e oltre l'80% dei malati non-oncologici: come conseguenza, la maggior parte dei decessi avviene negli ospedali per acuti. Uno studio multicentrico che ha coinvolto più di 9.000 soggetti della popolazione generale di Regno Unito, Fiandre, Germania, Italia, Olanda, Portogallo e Spagna, ha indagato sul luogo in cui le persone avrebbero desiderato terminare la propria vita, la maggior parte degli intervistati (76% in Italia) ha indicato come luogo preferito per morire la propria abitazione; seguivano, ma nettamente distaccati, l'hospice (12% in Italia), l'ospedale (6% in Italia), altri posti (case di cura o altro) (Gomes B. et al.).

Lo studio Senti-MELC ha messo in evidenza che, negli ultimi tre mesi di vita, il 59% dei pazienti viene spostato una o più volte, con crescita esponenziale del numero di malati che accedono all'ospedale con l'approssimarsi della morte. Solo un malato su 10 compie il tragitto inverso "da ospedale a casa", e sempre uno su 10 cambia la sua destinazione "da casa a hospice".

La maggior parte degli intervistati ha indicato come luogo preferito per morire la propria abitazione; seguivano, ma nettamente distaccati, l'hospice, l'ospedale ed altri posti. I passaggi "da casa all'ospedale" in Italia rivelano più spesso il tentativo di prolungare la sopravvivenza, mentre in Belgio e Olanda lo scopo prevalente è quello di fornire una migliore palliazione al tempo di vita residuo.

L'uso delle CP, l'assistenza in hospice e soprattutto quella domiciliare abbassano la spesa sostenuta dal nostro SSN. In media, un giorno di ricovero in hospice può costare circa 300 euro, un giorno a domicilio circa 100 euro, mentre una giornata di ricovero in ospedale può costare dai 700 ai 900 euro. L'assistenza domiciliare risulta essere uno degli strumenti più efficaci e attuali per rispondere alle esigenze dei pazienti bisognosi di CP. L'home care, oltre che una netta riduzione dei costi, comporta un aumento significativo delle probabilità di decesso al domicilio, una aumentata soddisfazione dei pazienti e delle famiglie rispetto al fine vita e una riduzione degli accessi ospedalieri.

Le cure palliative specialistiche nella provincia di Viterbo hanno una organizzazione mista pubblico/privato accreditato.

La UOSD di cure palliative gestisce le simultaneous care e le palliative care:

- in ambito ambulatoriale (ospedaliero e territoriale), anche erogando prestazioni in regime di day service
- in ambito ospedaliero attraverso forme di consulenza e erogando prestazioni in regime di ricovero breve
- in ambito domiciliare attraverso visite specialistiche in presenza e attività in telemedicina a supporto e in rete con gli altri servizi territoriali

Le prestazioni assistenziali garantite da équipe multiprofessionali con pronta disponibilità medica e infermieristica nelle 24 ore 7giorni su 7 sia a domicilio che in hospice, vengono erogate da strutture private accreditate con la governance da parte delle ASL. Nello specifico, il modello attuale delle cure palliative domiciliari specialistiche nella Regione Lazio, prevede un PAI minimo di 7/7 accessi infermieristici e di 1/7 accessi medici, oltre alla pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore, a fronte di una tariffa giornaliera di 101,33 euro per giornata effettiva di assistenza (GeA).

HOSPICE	RES	DOM	TOT
Casa di cura Villa Rosa	10	40	50
Casa di cura Nepi	30	120	150
Casa di cura Nuova Santa Teresa	5	20	25
<b>Totale</b>	<b>45</b>	<b>180</b>	<b>225</b>

Ogni struttura, come da normativa regionale (DCA n.23/2010), abbina ad ogni posto letto in Hospice 4 posti a domicilio.

A coprire una stima di circa 900 casi/anno se consideriamo una presa in carico media di 90 giorni.

Nella ASL di Viterbo è attivo il sistema delle Centrali Operative Territoriali ed è presente una struttura denominata Programmazione e gestione dell'offerta accreditati, la cui funzione prevalente è la programmazione dell'offerta in maniera conforme alle necessità e alle disposizioni Regionali e la valutazione dei servizi anche in termini di qualità dei prodotti erogati

Sono altresì attive le Unità di Continuità Assistenziale che supporteranno le fasi di transitional care.

## 5. SCOPO E OBIETTIVI

Scopo del presente documento è quello di:

- definire l'organizzazione della Rete Locale delle Cure Palliative per la ASL di Viterbo, al fine di identificare tutti i nodi della rete declinandone le relazioni e le specifiche funzioni, tenendo conto del ruolo della struttura di Coordinamento della stessa;
- definire il Percorso integrato di cura per le cure palliative al fine di declinare i criteri di eleggibilità, le modalità di presa in carico e di transito tra i vari setting di cura rappresentati dai nodi della rete stessa.

La rete locale di cure palliative promuove l'identificazione precoce di persone con necessità di cure palliative garantendo una appropriata presa in carico in ogni fase della malattia terminale evitando frammentazioni del percorso e definendo il giusto setting assistenziale sulla base dell'intensità di cura in un continuum temporale tra ambiti assistenziali differenti.

Il Progetto Individuale di Salute verrà modulato sui bisogni del paziente e della sua famiglia/caregiver.

### Obiettivi della rete:

- a. identificare precocemente il bisogno di cure palliative,
- b. favorire una presa in carico proattiva, anche grazie a interventi ponte, del malato in dimissione dalle strutture per acuti e di post acuzie supportando la famiglia durante tutto il percorso assistenziale,
- c. garantire 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,
- d. ottimizzare la qualità della vita in ogni fase della malattia, attraverso una meticolosa attenzione ai bisogni, fisici, funzionali, psicologici, spirituali e sociali del malato e della sua famiglia, promuovendo l'umanizzazione delle cure, facilitando la presenza di volontari con formazione specifica in Cure Palliative, evitando il senso di abbandono da parte dei servizi di cura nella fase avanzata e nella terminalità,
- e. garantire la continuità di cura attraverso una gestione flessibile del malato e dei suoi bisogni, con appropriati obiettivi in ogni singola situazione attraverso la valutazione, pianificazione, coordinamento, monitoraggio, selezione delle opzioni e dei servizi disponibili.

Obiettivi strategici di sistema
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raggiungimento degli standard del DM 77/2022 entro giugno 2026;</li> <li>2. Raggiungimento dell'obiettivo della Legge di bilancio n. 197/2022 entro l'anno 2028 (90% della popolazione interessata) - 335 pz adulti/anno ogni 100.000 abitanti (Comitato Tecnico del Ministero della Salute - CTS).</li> <li>3. Raggiungimento <b>obiettivo 2 e 3</b> della DGR 976/23:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. accreditamento di tutte le reti locali RLCP adulti – dicembre 2025</li> <li>b. processo di inclusione delle strutture accreditate nella rete gestita dalle COT di tipo A, così come previsto dal DM n. 77/2022 e dalla delibera di Giunta Regionale n. 643/2022 e s.m.i. <i>Centralizzazione della gestione delle liste di attesa presso le COT aziendali, con collegamento con MMG, PLS, Ospedali, Case di comunità, Ospedali di Comunità.</i></li> </ol> </li> </ol>

Risultati attesi:
<p>→ per l'azienda</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ridurre il carico sanitario, organizzativo ed economico, per la cura di patologie inguaribili;</li> <li>- contenere il carico sociale per la famiglia e la collettività associato alle elevate necessità assistenziali di questa tipologia di malati;</li> <li>- evitare ricoveri inappropriati e l'ospedalizzazione dei malati;</li> <li>- evitare il ricorso improprio al Pronto Soccorso, anche attraverso la prevenzione di eventi acuti e la risposta assistenziale a possibili episodi critici.</li> </ul> <p>→ per i pazienti, che accedono a standard di cura e assistenza omogenei e dichiarati in un sistema di protezione;</p> <p>→ per le famiglie, che nella Rete trovano riferimenti senza soluzione di continuità;</p> <p>→ per la medicina generale, che esercita il suo ruolo in un sistema valorizzante e tutelante, ideale per sperimentare nuove proposte professionali, ambiziose ed innovative;</p> <p>→ per i servizi sociali, per gli stakeholder e per il terzo settore, che trovano un interlocutore operativo stabile e sono resi partecipi delle attività.</p>

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Reti e percorsi clinico assistenziali	Interno ASL Livello 2	ASL VT

I principi che devono essere rispettati nell'ambito delle attività della Rete di Cure Palliative:	
→	Accessibilità: le cure palliative sono garantite per qualunque patologia evolutiva durante il suo decorso, per ogni età e in ogni luogo di cura.
→	Tempestività: minimizzare il tempo intercorrente tra l'ergere del bisogno e l'accesso effettivo alle cure palliative anche con soluzioni ponte.
→	Integrazione: all'interno della Rete Locale, le cure palliative devono essere integrate e coordinate tra tutti i soggetti erogatori e nei diversi setting assistenziali attraverso le equipe multiprofessionali.
→	Continuità: la continuità deve essere garantita attraverso una flessibilità organizzativa nelle risposte assistenziali ai bisogni dei malati, una condivisione dei flussi informativi, una coerenza nella comunicazione e nella relazione con il malato e la sua famiglia.
→	Autodeterminazione e rispetto: le persone assistite hanno il diritto di essere coinvolte attivamente nella scelta e nella pianificazione condivisa delle proprie cure, nel rispetto della dignità e specificità sociale, culturale ed emotiva, devono avere informazioni esaustive rispetto diagnosi, evoluzione e opzioni di trattamento.
→	Equità: i servizi erogati dalla Rete di Cure Palliative devono essere accessibili e disponibili per tutti coloro che ne hanno bisogno.
→	"Accountability": intesa come capacità di operare in modo trasparente e responsabile nei confronti dei malati, nonché dei familiari e di tutti i portatori di interesse attraverso una valutazione sistematica degli interventi e dei risultati ottenuti.

#### 4. CAMPO DI APPLICAZIONE E TARGET

Il documento interessa trasversalmente tutti i nodi della Rete e le strutture che collaborano alla gestione del percorso o che fanno richiesta di attivazione.

I nodi della Rete di Cure Palliative sono i seguenti: UOSD Cure palliative – rete integrata ospedale -territorio, rete hub e spoke presidi ospedalieri, rete dei presidi territoriali, Medici di medicina generale, Unità di Cure Palliative domiciliari (base e specialistiche), Cure palliative residenziali base e specialistiche (RSA o altra struttura residenziale e Hospice).

Partecipano alle attività della rete gli EELL e il terzo settore, in particolare le associazioni di malati e i volontari.

I nodi della rete garantiscono modalità di raccordo e di relazione stabili ed esplicite fra assistenza ospedaliera e cure territoriali e tra servizi sanitari e sociosanitari.

A supporto dei processi intervengono le Centrali Operative Territoriali, in particolare la COT A, e le Unità di Continuità Assistenziali.

Il target di riferimento sono gli assistiti (popolazione adulta) della ASL di Viterbo che necessitano di cure simultanee e/o palliative.

Con riferimento al modello di classificazione della cronicità la Rete di Cure Palliative si rivolge alla persona affetta da malattie croniche complesse e ne *"... 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.

Situazioni di utenti non assistiti dalla ASL di Viterbo ma presenti sul territorio provinciale verranno gestiti in accordo con la ASL di pertinenza.

La **popolazione pediatrica** verrà inviata al centro di riferimento regionale **Centro di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrico gestito dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù IRCCS** (DGR n. 87/2010, DCA n. 461/2013 DGR 528/2022 e DGR 976/2023).

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Reti e percorsi clinico assistenziali	Interno ASL Livello 2	ASL VT



## 5. LA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE

La Rete Locale Cure Palliative (RLCP) rappresenta un insieme funzionale di nodi erogativi, coinvolti nel percorso assistenziale sulla base della complessità dei bisogni assistenziali presentati dall'assistito. Tali nodi rappresentano le opportunità e le infrastrutture a supporto del percorso di cura relativamente all'ultima fase di vita del paziente adulto cronico, percorso che è gestito da un'equipe multidisciplinare quale che sia il setting prescelto.

Si articola su diversi livelli di complessità ognuno dei quali corrisponde ad un setting di erogazione: ambulatoriale, ospedaliero, domiciliare livello base e specialistico, residenziale livello base e specialistico ed è organizzata in un sistema misto tra pubblico e privato accreditato.

Il palliativista, responsabile della UVCP, indirizza verso i percorsi di simultaneous care e cure palliative al fine di stabilire il giusto setting assistenziale nell'ambito della rete.

La Centrale Operativa Territoriale Aziendale (COT A) supporta i processi di transitional care, gestisce le liste d'attesa, monitorando l'appropriatezza e il rispetto dei timing di valutazione e presa in carico.

La RLCP si interfaccia con il Coordinamento della Rete Regionale di Cure Palliative che promuove lo sviluppo delle reti locali, definisce le linee di indirizzo per lo sviluppo omogeneo di percorsi di presa in carico e assistenza e gli indicatori quali-quantitativi e promuove programmi di formazione, attività di ricerca e programmi di informazione per i cittadini a livello regionale.

### 5.1. I NODI DELLA RETE: RUOLI E FUNZIONI

#### A. UOSD RETE CURE PALLIATIVE INTEGRATA OSPEDALE TERRITORIO

La mission della struttura è quella di garantire la continuità assistenziale nelle fasi di transitional care che vedono il passaggio dalle cure attive alle cure palliative, evitando il senso di abbandono che spesso si palesa in questa fase della malattia e tenendo conto delle caratteristiche e delle aspettative dei pazienti.

A tal fine garantisce l'erogazione di prestazioni e consulenze in tema di cure simultanee e palliative, assicura l'ottimizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali attraverso una gestione multidisciplinare degli interventi e individua il setting di presa in carico più appropriato.

Funzione principale della UOSD (denominata da qui in avanti UOSD Cure palliative o UOSD CP) è quella di individuare precocemente il bisogno di cure palliative (approccio palliativo precoce e cure simultanee ai trattamenti attivi), questo è possibile attraverso la sensibilizzazione e la partecipazione attiva dei MMG/PLS e dei medici specialistici che devono tempestivamente chiedere l'intervento del palliativista, tenendo conto anche delle esigenze dei malati non oncologici.

#### **LE CURE PALLIATIVE PRECOCI E SIMULTANEE (CPPS)**

L'integrazione tempestiva delle cure palliative nel percorso di cura di una patologia cronico-degenerativa ad andamento progressivo è finalizzata ad un controllo dei sintomi della malattia, avendo come obiettivo una migliore qualità di vita per il paziente e per i suoi familiari. Se somministrate insieme ai trattamenti curativi vengono denominate cure simultanee (WHO, Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, 2014).

In particolare, esse sono pianificate e attivate sulla scorta del grado di autonomia del malato e della complessità del bisogno di cure palliative che include sia gli aspetti clinico assistenziali che quelli della sfera psicosociale e spirituale.

Attualmente la sede principale della UOSD è presso l'Ospedale di Santa Rosa, presidio HUB della ASL di Viterbo. La stessa, come previsto nel nuovo atto aziendale (deliberazione del Direttore Generale n.343/2025) è una di quelle articolazioni organizzative deputate alla gestione dei percorsi di "integrazione ospedale territorio" in una logica hub e spoke. L'equipe assicura la gestione dei percorsi di cure simultanee e palliative e anche quella dei percorsi della terapia del dolore ed è composta dal Direttore di UOSD, un coordinatore infermieristico e un'equipe attualmente formata da sette medici e quattro infermieri.

Una parte delle attività di transitional care viene svolta dagli infermieri della COT A, specificatamente formati per tali attività, come previsto dalle linee di indirizzo ministeriali e regionali.

Altre figure professionali quali l'assistente sociale, lo psicologo e i professionisti della riabilitazione sono presenti funzionalmente nell'ambito di processi concordati per le attività necessarie (vedi pag. 16).

L'organico verrà potenziato non appena possibile in seguito ai processi in atto di reclutamento di personale.

L'ambulatorio di Cure palliative e simultanee è attivo presso l'Ospedale di Santa Rosa il lunedì, il mercoledì e il venerdì per:

- prime visite, prenotabili anche da CUP,
- visite di controllo, ad uso esclusivo del servizio
- consulenze presso le unità operative di degenza.

Le attività domiciliari e in le attività in telemedicina vengono garantite quotidianamente sulla base della programmazione delle attività, così come le attività di teleconsulto e di valutazione multidimensionale, se necessario, sulla base del volume delle richieste e il rapporto delle stesse con la lista d'attesa ed in considerazione di eventuali festivi infrasettimanali che potrebbero allungare il timing di presa in carico.

Nei tre presidi ospedalieri spoke (Civita Castellana, Tarquinia, Acquapendente) dove sono attivi gli ambulatori per la terapia del dolore viene garantito, nell'ambito delle attività degli stessi, uno slot per la prima visita per cure simultanee o palliative e per eventuali visite di controllo in overbooking, nonché l'attività di consulenza presso le Unità Operative di degenza.

Le Cure Palliative in ospedale comprendono:

1. consulenza palliativa (in presenza o in teleconsulto)
2. prestazioni erogabili in regime di Day Hospital/Day Service, tali prestazioni non sospendono il setting di cura attivo
3. assistenza ambulatoriale (prima visita, visita successiva, televisita e teleassistenza).

L'Ospedale deve garantire spazi e assicurare la collaborazione al fine di assicurare l'erogazione, anche attraverso l'ospedalizzazione (concordata), di prestazioni terapeutiche di particolare complessità non eseguibili né a domicilio né in hospice. Verranno definiti specifici protocolli per le prestazioni erogabili in contesto di day hospital e day service.

<b>Attività della UOSD</b>	
<b>Descrizione</b>	<b>Modalità</b>
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"> <li>- valutazione del dolore e dei sintomi</li> <li>- programmazione della terapia specifica</li> <li>- progettazione di piani terapeutici individualizzati e attivazione della Rete di Cure Palliative</li> <li>- assicurare una corretta comunicazione con il malato e con la famiglia,</li> </ul>
Ambulatorio	I criteri per l'invio del paziente al setting ambulatoriale includono pazienti con opzioni terapeutiche limitate per il controllo della patologia cronico degenerativa, anche in concomitanza di terapie specifiche. Garantisce prestazioni per i pazienti autosufficienti che necessitano della valutazione multidimensionale specialistica per il controllo ottimale dei sintomi e per il supporto alla famiglia
Domicilio	Garantisce interventi programmabili e supporto alle altre articolazioni territoriali deputati alle cure palliative di base per interventi a malati con bisogni clinici e assistenziali a decorso stabile e con minor tendenza a sviluppare complicanze Anche le UCA potranno supportare queste fasi in accordo con il palliativista.

Per facilitare la continuità di cura ed evitare interruzioni assistenziali determinate dal passaggio dalle terapie attive specifiche per la patologia di base alle cure palliative deve essere previsto un approccio integrato nella

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Reti e percorsi clinico assistenziali	Interno ASL Livello 2	ASL VT

gestione delle cure tra l'ambito specialistico ospedaliero e/o territoriale ed il setting di cure simultanee o palliative precoci, questo snodo decisionale potrà essere definito nell'ambito di specifici PDTA e grazie alla partecipazione del palliativista ai Gruppi Oncologici Multidisciplinari.

Per garantire la continuità assistenziale in dimissione, l'UU.OO. ospedaliere utilizzano gli strumenti di valutazione e segnalazione del caso previsti per la presa in carico da parte della Rete di cure palliative attivando la COT A secondo indicazioni Regionali e come da procedura in vigore.

I TOH supporteranno le attività delle UUOO al fine di supportare i processi di dimissione concordata, come da procedure in vigore, garantire l'appropriatezza delle richieste e facilitare i corretti flussi comunicativi.

<b>Articolazione delle attività della UOS di Cure palliative e simultanee nei diversi setting di cura</b>	
Nell'ambito della struttura stessa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- eroga cure palliative precoci e simultanee in ambito ambulatoriale e domiciliare,</li> <li>- garantisce ospedalizzazione in regime diurno per specifiche prestazioni con finalità palliative,</li> <li>- effettua valutazioni multidimensionali al fine di definire il progetto individuale di salute semplice o complesso,</li> </ul>
Strutture di degenza ospedaliera e strutture ambulatoriali specialistiche	<ul style="list-style-type: none"> <li>- eroga consulenza, in presenza o da remoto,</li> <li>- facilita l'attivazione dei percorsi di cure palliative per garantire la continuità ospedale-territorio,</li> <li>- supporta l'équipe della struttura nelle strategie per la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici,</li> <li>- garantisce la presenza del palliativista nei percorsi di patologia oncologica o d'organo,</li> </ul>
Domicilio del paziente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- con visite specialistiche domiciliari per casi non complessi che possono essere gestiti con interventi programmabili e/o ai fini dell'accertamento per procede con l'attivazione delle cure palliative di base o specialistiche,</li> <li>- con visite specialistiche domiciliari, attività di teleassistenza e teleconsulto a supporto delle cure palliative domiciliari di base, siano esse erogate dai MMG o in ADI, anche per la valutazione dell'attivazione delle cure palliative specialistiche,</li> <li>- garantendo interventi ponte nelle fasi di transitional care in attesa dell'attivazione della risposta assistenziale definitiva, anche integrandosi con le attività delle UCA,</li> </ul>
Strutture residenziali (escluse quelle che erogano cure palliative specialistiche)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- con attività di teleconsulto,</li> <li>- con visite specialistiche in struttura anche ai fini dell'accertamento per procede con l'attivazione delle cure palliative specialistiche,</li> </ul>
Cure palliative specialistiche in setting domiciliare o residenziale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- valutazione multidimensionale e attivazione del percorso (inserimento in lista d'attesa),</li> <li>- rivalutazione a 90 giorni o su richiesta per modifica del setting assistenziale.</li> </ul>

Nella UOSD ha sede l'**Unità Valutativa di Cure Palliative (UVCP)** che ha il compito di valutare i pazienti con bisogni di cure palliative e definire l'approccio assistenziale più appropriato.

L'UVCP identifica i pazienti che possono trarre beneficio dalle cure palliative, indipendentemente dalla loro patologia o stadio della malattia, e valuta la necessità di un approccio di cure simultanee o palliative precoci o l'attivazione delle cure palliative di base o specialistiche.

Mantiene inoltre l'unitarietà e la continuità del percorso in considerazione dell'approccio palliativo personalizzato.

Si avvale di strumenti di valutazione validati come indicati nelle apposite procedure e definisce il PRIS/PAI sulla base della complessità del caso.

## B. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE AZIENDALE

A supporto delle attività la **Centrale Operativa Territoriale Aziendale** accompagna le fasi di transitional care per mantenere l'integrazione tra i diversi livelli assistenziali della Rete e gestisce la lista di attesa unica secondo

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Reti e percorsi clinico assistenziali	Interno ASL Livello 2	ASL VT

indicazioni Regionali (DGR 643/22 e DGR 976/23) e Aziendali (deliberazioni CS n. 256/24 e 581/24 e nota prot. n. 102244/24).

La COT A rappresenta l'interfaccia di collegamento tra i nodi della rete e svolge un ruolo di governo dei transiti tra setting gestendo direttamente l'accesso presso le strutture di offerta afferenti al territorio di competenza aziendale. Inoltre costituisce un punto unico di raccordo strutturato, in grado di collegare le strutture di ricovero, le COT D e gli altri servizi territoriali anche non classificati come nodi della RLCP ma che sono comunque portatori di interessi nei processi di transizione.

Si assicura della corretta gestione delle liste di attesa, nel rispetto della libera scelta del cittadino e nell'ottica di favorire l'accessibilità in tempi rapidi alle cure e monitora l'appropriatezza e il rispetto dei timing di valutazione e presa in carico.

### C. MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Nell'organizzazione e nelle attività a domicilio della RLCP, un ruolo rilevante è assunto anche dal MMG. I principali compiti e attività di questo professionista, riguardano la facilitazione dei percorsi di identificazione dei pazienti con bisogni di CP, la consulenza fra pari e la partecipazione ai percorsi di formazione per i MMG. Deve essere in grado di riconoscere le cosiddette "fasi di malattia" e, attraverso strumenti validati, identificare il malato complesso che deve essere tempestivamente segnalato alla Rete di Cure Palliative.

Il MMG rimane sempre il primo riferimento per il malato e la sua famiglia e, senza sostituirsi o sovrapporsi in alcun modo al medico specialista in cure palliative, può rappresentare un elemento fondamentale per un percorso di cura condiviso con la persona malata avendo una maggior conoscenza dell'assistito, della sua famiglia e del contesto di vita. Fondamentale dunque la sua capacità di aiutare in modo concreto malato e famiglia nell'affrontare il percorso verso il fine vita, rendendo quindi sostenibile il sistema delle cure palliative. Potranno essere supportati dagli IFoC nelle attività di intercettazione e gestione dei bisogni.

### D. APPROCCIO PALLIATIVO E CURE PALLIATIVE DOMICILIARI LIVELLO BASE E LIVELLO SPECIALISTICO

Le Cure Palliative Domiciliari, si articolano su due livelli (DPCM 12 gennaio 2017)
<p>→ Cure Palliative Domiciliari di Base: devono essere erogate da medici ed infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative. Gli interventi programmati, caratterizzati da un CIA minore di 0,50 in funzione del PAI, devono essere coordinati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, con l'avvio iniziale di un approccio palliativo e successive integrazioni ai servizi erogati.</p> <p>→ Cure Palliative Domiciliari Specialistiche: sono costituite da interventi di équipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate e sono rivolte a pazienti con bisogni complessi. Le CPDS devono garantire interventi programmati con un CIA maggiore di 0,50 definiti dal PAI, con coefficiente di intensità assistenziale superiore a 1 (CIA &gt; 1). Necessitano di pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore.</p>

#### Le cure palliative in una prima fase si articolano in:

- **Livello cure simultanee e approccio palliativo** gestito dalla UOSD Cure Palliative (UOSD CP) per interventi programmabili in ambulatorio e/o a domicilio e in telecontrollo/teleassistenza rivolti a malati con bisogni clinici e assistenziali a decorso stabile e con minor tendenza a sviluppare complicanze. La gestione è condivisa con il MMG e lo specialista che ha in cura la persona.
- **Livello domiciliare base** gestito da MMG in ADP o in ADI/ADIAI, ossia 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.

I due livelli base non sono esclusivi ma possono integrarsi, il MMG, così come l'équipe ADI e la UVMD potranno avvalersi del supporto del medico palliativista in ogni fase di malattia secondo specifici protocolli concordati. In particolare la UOSD CP potrà supportare il team di assistenza domiciliare attraverso consulenze e visite domiciliari, soprattutto per la valutazione della progressione della malattia e il passaggio nel setting di cura successivo.

Le Unità di Continuità Assistenziali (del. DG n.1362/2022, del. DG n.943/2022, del. DG n.2295/2021) potranno supportare entrambi i setting di cura, per periodi di breve durata, con interventi condivisi con il palliativista, sia nelle fasi ponte di transitional care sia in particolari acuzie concomitate che necessitano di particolari terapie ma anche come supporto alla UVCP per eventuali valutazioni domiciliari.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Reti e percorsi clinico assistenziali	Interno ASL Livello 2	ASL VT

→ **Livello domiciliare specialistico (UCP DOM)** 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 in considerazione di un CIA superiore o uguale a 0,50. Sono erogati in modo specifico da équipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate esclusivamente all'attività di cure palliative, denominate **Unità di Cure Palliative Domiciliari**.

Le **Unità di Cure Palliative Domiciliari** erogano prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, supporto socioassistenziale, assistenza tutelare e sostegno spirituale, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci, dei dispositivi medici, presidi ed ausili, nonché dei preparati per nutrizione artificiale, compatibilmente con lo scopo ultimo delle cure e secondo protocolli e procedure concordate nell'ambito della RLCP e secondo modalità definite dalla normativa vigente.

#### COMPETENZE UCP DOM SPECIALISTICA

- interventi specialistici definiti sulla base della differente intensità assistenziale necessaria per rispondere adeguatamente ai bisogni dei malati e delle loro famiglie;
- pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.

### E. CURE PALLIATIVE RESIDENZIALI LIVELLO BASE E LIVELLO SPECIALISTICO

#### Le cure palliative residenziali si articolano in:

##### → **Livello residenziale base**

Nelle RSA devono essere garantite le cure palliative di base. In questo caso la ASL deve garantire le attività di consulenza da parte del palliativista (prevalentemente con forme di teleconsulto e televisita) al fine di supportare la gestione del malato in quel setting stesso o definire la necessità di trasferimento ad un setting più idoneo. È necessario che la formazione degli operatori sanitari venga estesa anche a questi setting, affinché i professionisti siano in grado sia di individuare precocemente il bisogno di cure palliative sia di gestire la fase terminale di malattia sempre in considerazione della complessità della stessa. Anche il MMG sarà coinvolto nella gestione delle CP in questo setting di cura.

##### → **Livello residenziale specialistico**

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. Esse sono erogate da équipe multidisciplinari e multi professionali che assicurano cure e assistenza in via continuativa 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.

### 5.2. IL COORDINAMENTO DELLA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE

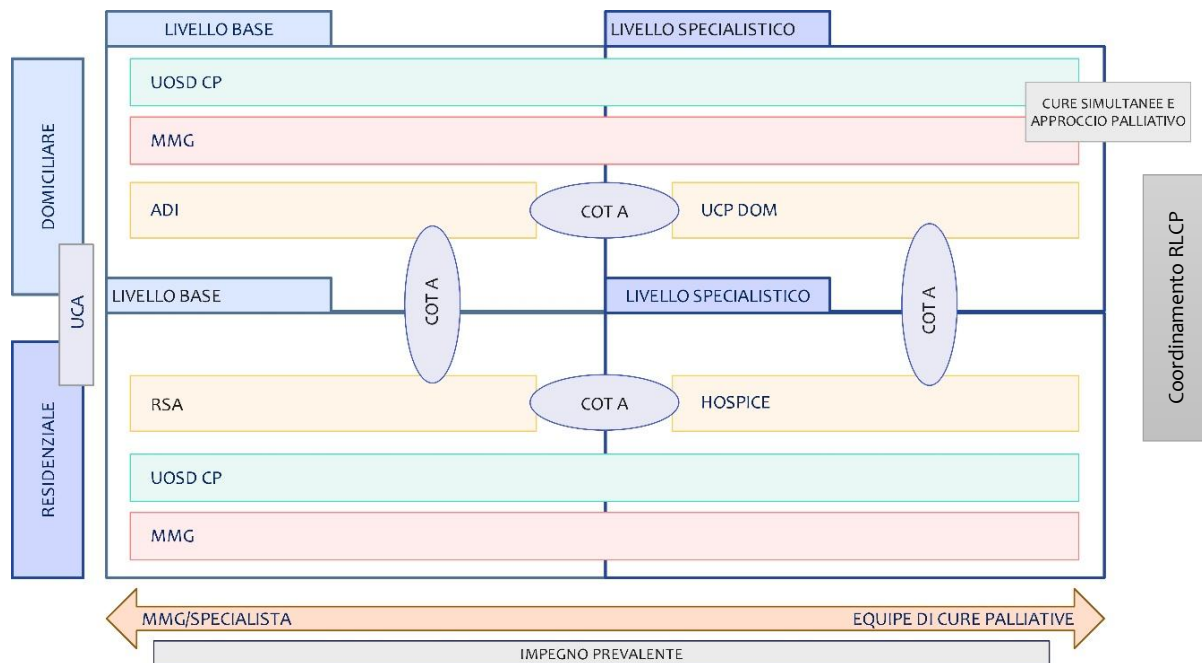
La gestione e il coordinamento della Rete Locale di Cure Palliative è affidata a una struttura organizzativa dedicata (Coordinamento locale della RLCP), formata da figure professionali con specifica competenza ed esperienza, la quale assicura l'integrazione fra tutti i soggetti che erogano cure palliative nei diversi setting assistenziali.

Rappresenta il momento di sintesi clinica-assistenziale e organizzativa tra ospedale e territorio, tra pubblico e privato-accreditato e tra sanitario e sociale.

Il Coordinamento viene istituito con apposito atto deliberativo ed è dotato di un suo regolamento. Redige il **Piano annuale di sviluppo delle cure palliative** e ne monitora l'attuazione verificando i risultati raggiunti



**Immagine 1. I nodi e i livelli della RLCP**



## 6. PERCORSO INTEGRATO DI CURA PER LE CURE PALLIATIVE IN ETA' ADULTA

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 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** e che implicano il passaggio dalle CP di base a quelle specialistiche.

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).

Il percorso di cura in realtà inizia prima dell'attivazione della Rete Locale di Cure Palliative, a cominciare dall'**identificazione precoce dei pazienti**, prerequisito fondamentale per garantire l'equità all'accesso alle cure, e dall'avvio all'approccio palliativo.

Per approccio palliativo va inteso l'insieme delle attività da mettere in atto per assistere le persone con malattia cronica evolutiva nel setting delle cure primarie: l'avvio della conversazione sulla consapevolezza della diagnosi e della prognosi e della raccolta dei desideri e delle aspettative, la prima valutazione dei bisogni del paziente e della famiglia, la prima pianificazione dei nuovi obiettivi delle cure.

L'identificazione e il progressivo cambio della prospettiva e i nuovi obiettivi della cura (l'avvio dell'approccio palliativo) per i pazienti con malattie croniche evolutive sono compiti dello specialista di organo o di malattia e, soprattutto, del medico di medicina generale (MMG), che ha in carico il paziente, conosce la sua storia clinica e il suo contesto sociale e ambientale di vita.

L'avvio del successivo approccio di cure simultanee o palliative è un compito della UOSD Cure Palliative.

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. Va ribadita la difficoltà nell'identificazione appropriata e tempestiva dei pazienti con bisogni di cure palliative che ad oggi rappresenta uno dei principali ostacoli alla diffusione sia delle "Primary Palliative Care" (approccio palliativo) sia delle cure palliative specialistiche.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Reti e percorsi clinico assistenziali	Interno ASL Livello 2	ASL VT

È bene chiarire che nello scenario dei percorsi di cura l'approccio di cure simultanee o l'approccio palliativo si colloca prima dell'intervento vero e proprio della RLCP in termini di presa in carico (sia per CP di base che specialistiche), è opportuno per tanto che venga sempre attivata una prima consulenza con il palliativista (sia a domicilio che in ambito di ricovero) che può farsi carico della gestione del caso o guidare i professionisti nella scelta del setting opportuno.

Il riconoscimento precoce dei bisogni di cure palliative offre la possibilità di migliorare la qualità delle cure e di favorirne la pianificazione anticipata, che non necessariamente coincide con l'identificazione dei pazienti da affidare alle cure palliative specialistiche, ma orienta i clinici ad intervenire nel momento giusto affinché si possano integrare le cure palliative alle cure tradizionali già in atto, in qualsiasi contesto (ospedale, ambulatorio, RSA, domicilio).

L'intervento proattivo consente di offrire a tutti i pazienti i benefici delle cure palliative, attraverso la corretta gestione dei sintomi, la rimodulazione della terapia farmacologica, la comunicazione adeguata e la pianificazione anticipata e condivisa delle cure, nonché l'attenzione ai bisogni multidimensionali del paziente. Non solo, ma l'uso sistematico di strumenti di identificazione dei bisogni, permette anche di misurare la prevalenza e la stratificazione del bisogno di cure palliative nella popolazione assistita.

Alla Rete di Cure Palliative accedono malati identificati in ambito territoriale o in ambito ospedaliero, a tale obiettivo concorrono i MMG/PLS, gli specialisti di branca operanti nelle strutture sanitarie e i medici operanti nelle strutture sociosanitarie.

Una volta identificato il bisogno, la persona malata è presa in carico nella Rete Locale di Cure Palliative nei diversi regimi di erogazione delle prestazioni 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.

#### 6.1. INGRESSO NEL PERCORSO E UNITÀ VALUTATIVA CURE PALLIATIVE

Si accede alla Rete Locale delle cure palliative mediante prescrizione del MMG o medico Specialista del SSR oppure del medico della Unità Operativa Ospedaliera presso la quale è ricoverato il paziente, a cui segue la segnalazione all'Unità Valutativa per le Cure Palliative (UVCP) della ASL di residenza del paziente, anche usufruendo dell'istituto di "delega" alla ASL territorialmente competente in relazione alla sede in cui si trova il paziente per favorire azioni di presa in carico intra-regionali.

Altra modalità di accesso è l'ingresso nel percorso gestito direttamente da parte della Unità Valutativa di Cure Palliative che può intercettare il caso in ambito di visita ambulatoriale/domiciliare o in ambito di consulenza.

Per quanto riguarda le cure palliative di base, come ADI o RSA, potrebbero essere già attive per necessità precedenti della persona assistita in quel caso vanno attivati i canali di supporto alle cure da parte della UOSD di cure palliative anche attraverso interventi di consulenza a supporto dei professionisti (teleconsulto) e va revisionato il PAI.

La valutazione multidimensionale (VMD), eseguita con l'utilizzo di strumenti validati, precede e accompagna l'accesso alla RLCP con la definizione del Piano assistenziale individuale (PAI) sulla scorta dell'analisi dei bisogni emersi inclusi quelli di natura sociale, riabilitativa e psicologica.

L'UVCP è composta dal palliativista e l'infermiere esperto in cure palliative, dal MMG e/o dallo specialista che ha in cura la persona e se necessario partecipano alla valutazione, anche con modalità di teleconsulto, figure quali l'assistente sociale, lo psicologo e il fisioterapista.

In ogni caso il MMG va informato sull'esito della valutazione.

La presenza dello **psicologo** è attualmente garantita con orario parziale a supporto delle attività:

- presa in carico precoce attraverso la presenza nei GOM e le attività dedicate a specifici PDTA
- spazi ambulatoriali dedicati per utenti e caregiver segnalati dalla UOSD, anche per la gestione del lutto
- attività, in presenza o in teleconsulto a supporto dei percorsi di valutazione multidimensionale

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Reti e percorsi clinico assistenziali	Interno ASL Livello 2	ASL VT

- attività di teleconsulto e teleassistenza a supporto della presa in carico
- presenza nell'ambito delle cure palliative domiciliari e residenziali specialistiche.

L'assessment nell'ambito della valutazione multidimensionale permetterà allo Psicologo di identificare precocemente quegli individui che possono beneficiare di **interventi precoci di supporto psicosociale**.

La presenza dell'**assistente sociale** è garantita con orario parziale a sostegno delle attività di valutazione e gestione dei bisogni sociali in raccordo con i servizi sociali degli EELL. L'assistente sociale di riferimento è quello del Distretto di residenza dell'assistito e svolge l'attività nell'ambito delle funzioni già previste in seno alle funzioni della UVMD e del PUA. In caso l'assistito sia ricoverato la valutazione in ambito ospedaliera potrà essere effettuata dal servizio sociale ospedaliero, già parte attiva del TOH e dei processi di dimissione concordata.

La presenza dei **professionisti della riabilitazione** è garantita sia a domicilio (ADI) che in ambulatorio secondo i percorsi di accesso diretto già previsti.

La scelta del profilo di cura appropriato nell'ambito della RLCP è frutto della valutazione del grado di complessità dei bisogni assistenziali. La diagnosi di "complessità" richiede, attraverso la valutazione multidimensionale e multiprofessionale, di identificare una serie di elementi che permettano di classificare la condizione specifica del paziente secondo scale validate già presenti e disponibili.

La complessità nella presa in carico nella Rete di cure palliative dipende da due fattori:

- fattori clinici che determinano la complessità del caso
- fattori relativi alle condizioni del paziente e della sua famiglia in termini di self management, bisogno di supporto sociale e psicologico.

La presa in carico, quale che sia il livello di intensità assistenziale, va concordato tra i professionisti e con il paziente e la sua famiglia.

Livelli di complessità cui corrispondono diversi livelli di erogazione	
<b>Bassa</b>	Caratterizza malati con bisogni di CP a minore complessità (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 CP sono fornite da personale "non specialistico" con competenze di base in CP che possono essere supportati dal palliativista esperto con consulenze e accessi programmati.
<b>Media</b>	Caratterizza malati ancora seguiti da medici/équipe non specialistiche di CP, con bisogni di complessità moderata che necessitano però delle competenze ed esperienze di una équipe specialistica di CP. 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).
<b>Alta</b>	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 dedicata di CP, pur potendo prevedere la necessità di coinvolgere il medico di medicina generale (MMG) o gli specialisti di riferimento per la patologia.

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. Ma 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.

A partire dai tre gradi di complessità, si possono identificare livelli di intensità e tipologie corrispondenti di erogazione delle CP, che vengono classificati in tre macro-aree: **cure simultanee e approccio palliativo**, **CP di base condivise** e **CP specialistiche**. Tutti e tre i livelli di erogazione si possono integrare all'interno della RLCP.

La valutazione è espressa dopo un colloquio con il /i famigliari e, qualora ritenuto possibile, con il malato. al termine della valutazione di cui sopra, nel caso si ritenga appropriata la presa in carico del malato da parte della Rete di cure palliative si definisce la tipologia del livello assistenziale.

La valutazione deve considerare anche la possibilità e l'opportunità di variazione del livello/set di assistenza in base all'evolversi del quadro clinico e dei bisogni del malato e della sua famiglia.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Reti e percorsi clinico assistenziali	Interno ASL Livello 2	ASL VT

Sono necessari strumenti validi al fine di procedere con la valutazione, strumenti che possono essere usati in diverse fasi del percorso che possono servire a molteplici scopi:

1. identificare precocemente i pazienti con bisogni di CP, nei diversi setting assistenziali;
2. diagnosticare la complessità per individuare il livello assistenziale di CP;
3. eseguire una valutazione multidimensionale (VMD) in diversi setting assistenziali;
4. stimare una prognosi di sopravvivenza;
5. elaborare un PRIS/PAI e misurare l'efficacia delle cure fornite;
6. migliorare i percorsi della qualità delle cure attraverso processi di audit e analizzare il bisogno di risorse dei team di cura.

Il PRIS/PAI sottende tre obiettivi:

- individuare e proporre gli interventi necessari per far fronte ai bisogni espressi dal paziente e dalla famiglia;
- scegliere il profilo di cura più appropriato in base alla complessità dei bisogni (cure palliative di base, cure palliative specialistiche);
- valutare gli esiti del progetto assistenziale e la progressione della malattia per procedere con eventuale cambio di setting.

La rivalutazione del paziente deve avvenire a 90 giorni dall'inserimento nel percorso di cure palliative o su richiesta del medico che ha il ruolo prevalente nel momento del piano assistenziale e può avere i seguenti esiti:

- a) miglioramento delle condizioni, in questo caso il paziente può essere trasferito in un setting più adeguato;
- b) stabilità delle condizioni, in questo caso il paziente può continuare a ricevere nel setting attuale;
- c) aggravamento delle condizioni, in questo caso il paziente può essere trasferito in un setting più adeguato.

***I percorsi di valutazione non devono portare a ritardi*** e dilazioni nell'attivazione dell'assistenza, la **ASL** che ha la funzione specifica della valutazione dei bisogni socioassistenziali **garantisce la puntuale alimentazione delle liste d'attesa** affinché le compagini/strutture accreditate abbiano sempre la possibilità di garantire la presa in carico entro l'intervallo di tempo previsto dalle disposizioni regionali qualora si liberino dei posti sia in ambito domiciliare che residenziale.

## 6.2. CRITERI DI ELEGGIBILITA' E STRUMENTI DI VALUTAZIONE

I criteri di eleggibilità si suddividono in

- generali per individuare gli assistiti idonei per la presa in carico dalla RLCP
- specifici che aiutano ad orientare nella scelta del setting, in particolare per le cure specialistiche al fine di valutare l'opzione della gestione a domicilio o in struttura, utili anche per la successiva valutazione per il passaggio da uno snodo all'altro della Rete
- di esclusione, in particolare rivolti al setting domiciliare.

Tali criteri sono indicati nelle tabelle successive.

Criteri Generali di Eleggibilità	
-	stato accertato di presenza di una malattia di base a prognosi infausta in fase di evoluzione inarrestabile in base a criteri prognostici eventualmente valutati tramite strumenti validati ed in base alla scienza, coscienza ed esperienza del/dei medico/i curante/i, valutati da parte del Medico di Medicina Generale di riferimento, e/o dallo specialista che ha in cura il malato;
-	condivisione dell'avvio del percorso di cura da parte del nucleo familiare, in particolare dal Caregiver e, quando possibile, da parte del malato, in base al livello di conoscenza e consapevolezza della diagnosi e prognosi di malattia;
-	valutazione positiva all'avvio del percorso assistenziale da parte del Medico palliativista.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Reti e percorsi clinico assistenziali	Interno ASL Livello 2	ASL VT

### Criteri Specifici di Eleggibilità

La scelta dell'accesso iniziale del malato ad uno degli snodi della Rete Regionale di Cure Palliative o per il successivo eventuale passaggio da uno snodo all'altro, si basa sul seguente sistema valutativo multifattoriale:

- valutazione delle volontà del malato;
- valutazione dell'orientamento prevalente del nucleo familiare;
- presenza o meno di un Caregiver attivo al domicilio nelle 24 ore;
- valutazione del Care Manager/Referente clinico con particolare riferimento alle eventuali necessità di presenza continuativa (per più ore al giorno) infermieristica e di personale di supporto (OSS) al domicilio del malato, soprattutto se notturna;
- valutazione della situazione logistico-strutturale-igienica domiciliare;
- valutazioni socio economiche.

### Criteri di esclusione alla presa in carico nel set domiciliare:

Il set domiciliare è ritenuto il livello assistenziale di prima scelta per la maggior parte dei malati inseriti in un percorso di cure palliative. Criteri di esclusione sono:

- espressione di una chiara volontà ostativa da parte del malato e/o del nucleo familiare;
- impossibilità alla presenza giornaliera continuativa al domicilio del malato di un Caregiver o, almeno, di un familiare dotato di autonomia decisionale e ritenuto adeguato a supportare l'equipe durante il percorso assistenziale domiciliare;
- giudizio del Care Manager/Referente clinico sulla impossibilità di garantire al domicilio un adeguato livello assistenziale, in considerazione dei bisogni sanitari e socioassistenziali, soprattutto in riferimento alla necessità di assistenza infermieristica e/o di supporto da parte di personale socio-sanitario per più ore al giorno;
- presenza di evidenti impedimenti logistico-strutturali-igienici alla erogazione delle cure al domicilio;
- presenza di gravi motivazioni psico-socio-economiche.

In generale, la decisione sull'eventuale **ricovero presso una struttura di degenza per acuti** dovrebbe essere limitata ai casi in cui essa sia ritenuta necessaria dal medico referente. Qualora il medico di riferimento non fosse il Medico di Medicina Generale esso va comunque coinvolto nella decisione.

Il ricovero deve essere **finalizzato ad effettuare gli interventi diagnostici e terapeutici caratteristici del percorso di "simultaneous care"**, tipico della patologia di base, nel caso non si ritenga essi possano essere effettuati al domicilio. Rientrano in questo ambito gli interventi tipici delle cure di supporto. In questi casi sono sempre da preferire i ricoveri in regime di Day Hospital/Day Surgery riservando i ricoveri in Regime ordinario agli interventi più complessi, che necessitino di monitoraggio continuato del malato per più giorni.

Diversi sono gli strumenti proposti in letteratura per favorire il percorso di identificazione precoce di questi malati. Si adotta quale strumento di rilevazione il NECPAL CCOMS-ICO Tool che individua criteri oggettivi di prognosi infausta, attraverso indicatori clinici specifici di gravità e progressione di patologia.

Il modulo regionale riporta inoltre Scala di Karnofsky quale altro parametro indicativo di valutazione della complessità assistenziale.

Nel **Manuale operativo per la gestione dei percorsi clinico assistenziali nelle cure palliative** (PO Fasi e strumenti di valutazione e modelli di comunicazione) sono definiti gli strumenti da utilizzare nelle varie fasi di presa in carico e le diverse finalità che essi rivestono sono contenute inoltre le procedure e istruzioni operative per la gestione dei principali sintomi e problemi clinici presenti nelle fasi terminali.

### 6.3. STRUMENTI DI CONDIVISIONE DELLE INFORMAZIONI

La UOSD di cure palliative utilizza una cartella informatizzata (Smart Digital Clinic) che consente di procedere con attività quali la gestione del PRIS, nonché prevede il modulo per la telemedicina.

Inoltre è in uso una piattaforma aziendale, il Cliges, che consente la trasmissione di informazioni tra i diversi attori, la gestione della lista d'attesa e la rendicontazione delle giornate di presa in carico. In particolare consente la condivisione di informazione tra i nodi della RLCP dedicati alle cure specialistiche, la UOSD di cure palliative, la COT A e la UOC Programmazione e gestione dell'offerta degli accreditati (che ne trae i dati per la rendicontazione delle attività).

Tale piattaforma al momento è utilizzata in parallelo con la piattaforma Regionale di Transitional Care fino a che questa non sarà completamente funzionante e potrà sostituire in toto il sistema Cliges.



Inoltre sono in uso altri applicativi quali il Siatess, il Sira, il Siat. Attualmente è prevista anche una rilevazione di dati da parte comunicata periodicamente dalle articolazioni organizzative preposte alla COT R (Centrale Operativa Territoriale Regionale).

Nella procedura **Processi valutativi nell'ambito delle cure palliative** trasmessa con nota della Direzione Generale prot. n. 102244 del 30/12/24 sono determinati anche tempi, modi e responsabilità nell'alimentazione dei flussi informativi, tale matrice di responsabilità verrà aggiornata successivamente all'emanazione da parte della Regione Lazio del documento "Linee di indirizzo organizzative e gestionali per l'attività delle Centrali Operative".

La procedura prevede anche il flusso comunicativo in vigore per la gestione delle dimissioni concordate, gestite in raccordo con il TOH.

## 7. IL PERCORSO E GLI SNODI DECISIONALI

L'accesso alle Cure Palliative avviene tramite segnalazione 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
- attivazione diretta da parte della UOSD Cure palliative
- segnalazione della COT A e/o del team UCA per consulenza alla UOSD di cure palliative.

La richiesta va inviata a:

1. alla UOSD di Cure palliative se si richiede un teleconsulto o una visita ambulatoriale/domiciliare per cure simultanee o per una presa in carico precoce dal palliativista (aspettativa di vita oltre i 12 mesi);
2. alla Centrale Operativa Territoriale Aziendale se si richiede l'ingresso e la presa in carico nella RLCP (aspettativa di vita inferiore a 12 mesi).

I PUA sono a disposizione per fornire le opportune informazioni all'utenza sull'offerta in merito alla rete, sulle modalità di accesso o per accogliere eventuali richieste consegnate direttamente dall'utente allo sportello per inviarle successivamente alla struttura deputata alla gestione del caso, ossia la UOSD CP o la COT A.

Nel **primo caso** (1) si utilizzerà il modulo di richiesta di consulenza (Allegato A del Manuale Operativo per la gestione dei percorsi clinico assistenziali nelle cure palliative) accompagnato da un'impegnativa. Il servizio gestirà la richiesta con le modalità che ritiene più appropriate: accesso a domicilio, visita ambulatoriale, attivazione UCA, attività di telemedicina (televisita/teleconsulto). In questo caso l'utente viene preso in carico dal servizio grazie alla definizione di un PRIS semplice, con accessi programmati a domicilio o in ambulatorio e attività di telemedicina, sarà il medico referente del caso a valutare quando attivare gli step successivi per l'attivazione di cure palliative di base o specialistiche attivando la COT A.

La UOSD di Cure palliative attiverà percorsi e protocolli con le altre articolazioni aziendali al fine di essere autonoma nella stesura di piani terapeutici (ossigenoterapia e nutrizione clinica).

In alternativa se le condizioni dell'utente lo permettono il MMG potrà richiedere una prima visita e l'utente potrà prenotare la stessa presso gli sportelli CUP.

Nel **secondo caso** (2) si utilizzerà il modulo unico regionale (Allegato B del Manuale Operativo per la gestione dei percorsi clinico assistenziali nelle cure palliative) per "Richiesta presa in carico nella Rete locale di cure palliative" da inviare direttamente alla COT A. La COT A procede alla gestione della richiesta sulla Piattaforma Regionale Transitional Care e attiva la UOSD di Cure palliative per dare avvio al processo di valutazione e la definizione del PRIS semplice o complesso (integrato con il PAI).

La COT A deve essere informata della risultanza della valutazione per l'inserimento della richiesta nella lista unica d'attesa (in attesa del completo funzionamento della stessa si utilizzerà contemporaneamente il Cliges, ossia la piattaforma aziendale).

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Reti e percorsi clinico assistenziali	Interno ASL Livello 2	ASL VT

Il processo è definito nell'apposita procedura allegata al Manuale Operativo per la gestione dei percorsi clinico assistenziali nelle cure palliative (Allegato G Estratto dal Manuale Operativo del Sistema delle Centrali Operative, Percorsi di Transitional care, in particolare I.O.03/24 Azioni di supporto ai processi valutativi nelle cure palliative). Inoltre la COT A procede con l'attivazione delle UCA se ritenuto necessario supportare la fase di transitional care.

La presa in carico prevede il coinvolgimento del MMG/PLS finalizzato ad una sua partecipazione attiva soprattutto per le cure palliative "di base" di cui il MMG è, di norma, il Referente Clinico.

Anche nel caso di passaggio dal livello assistenziale di cure palliative "di base" a quello "specialistico" è garantito il coinvolgimento del MMG nella equipe assistenziale.

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

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

Il processo di presa in carico del malato e della sua famiglia è orientato a garantire al malato percorsi semplificati, tempestivi e flessibili. La RLCP garantisce la tempestività della presa in carico e la continuità dei percorsi assistenziali nei diversi setting assistenziali anche con interventi ponte da parte dell'equipe domiciliare della UOSD di cure palliative o delle Unità di Continuità assistenziali.

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 definito, con eventuale successivo affidamento ai servizi territoriali. La persona che nelle fasi di progressione della malattia si avvicina alla morte deve poter ricevere un'assistenza che, qualitativamente, contiene evidenza di un'umanizzazione generalizzata delle cure.

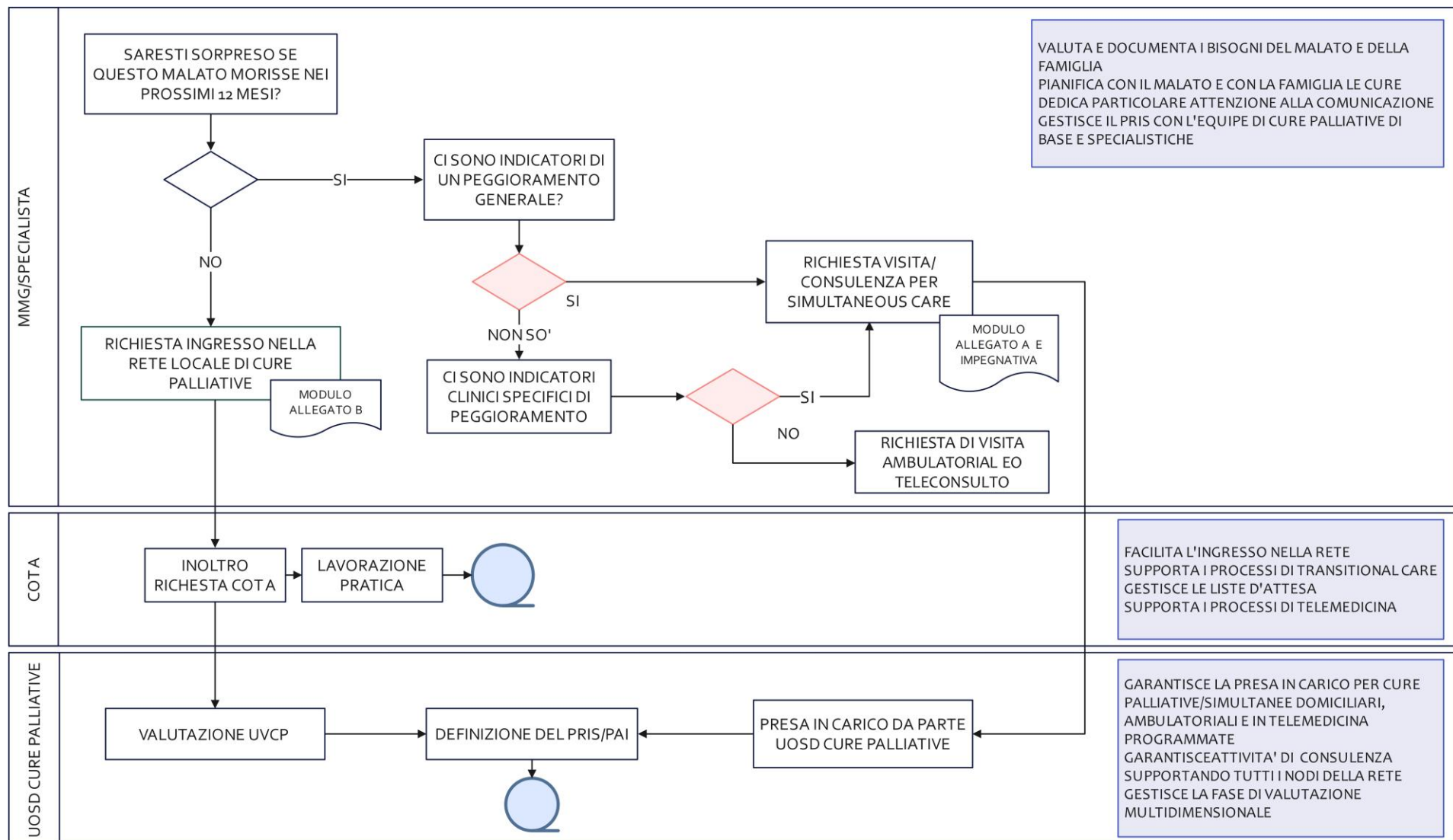
Il percorso assistenziale della persona con bisogno di cure palliative è caratterizzato dalla possibile ingravescenza dei livelli di intensità di cura che comporta la necessità di passare al setting di cure successivo anche in considerazione della capacità della famiglia di sostenere il carico assistenziale e emotivo che comporta la cura della persona malata.

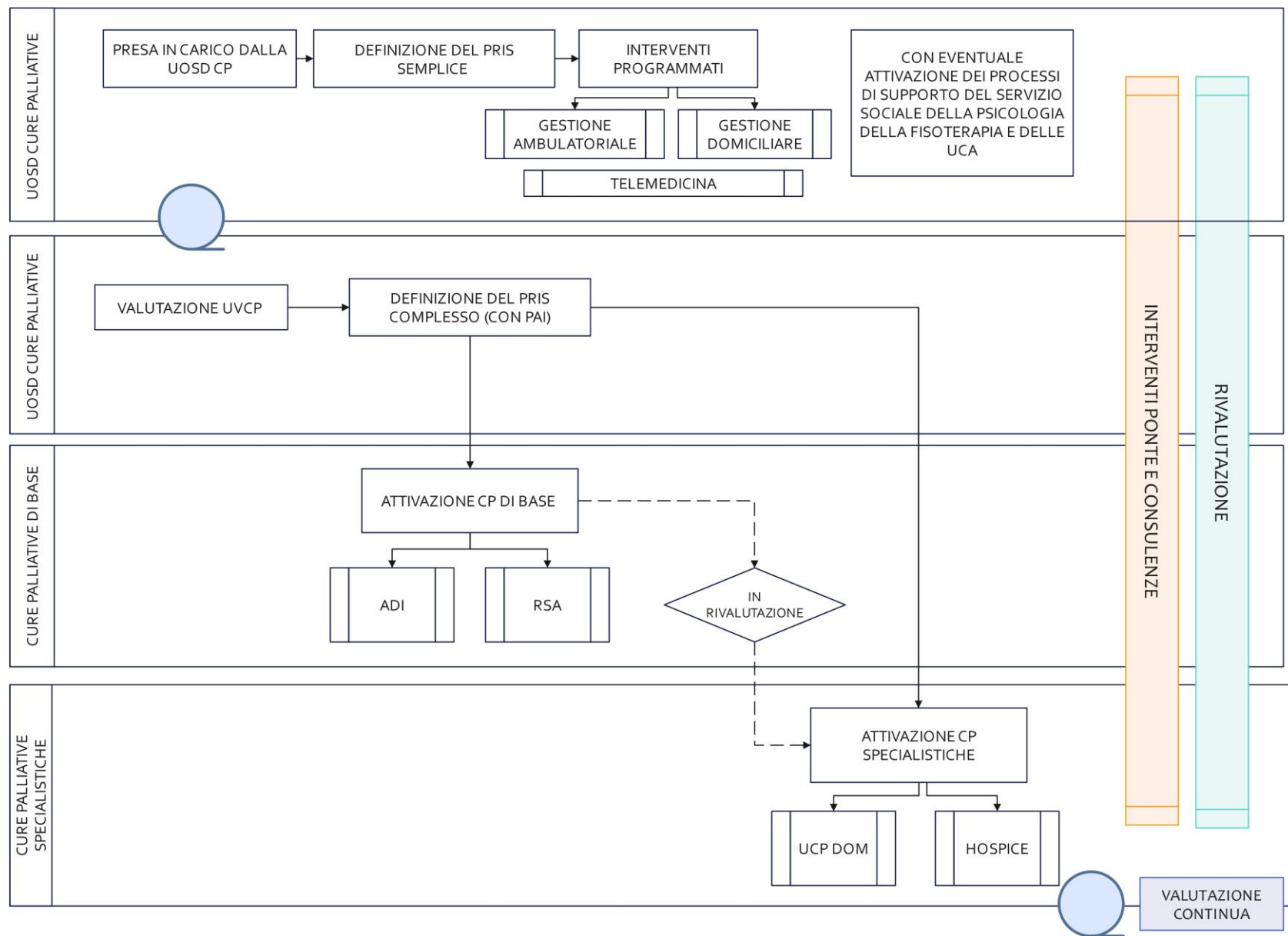
È per tanto fondamentale la **rivalutazione periodica** da parte della UVCP che avverrà da pianificazione indicativamente **ogni 90 giorni** ma che potrà essere richiesta in anticipo dal servizio che sta erogando il servizio.

La rivalutazione avverrà secondo procedure concordate con i diversi nodi della rete che ne sono interessati. In casi particolari si potrà prevedere un passaggio da un setting a più elevata intensità assistenziale verso un setting che prevede un minor impegno assistenziale sempre a seguito di valutazione da parte della UVCP.

La chiusura della presa in carico può avvenire o per il decesso del paziente oppure per il passaggio ad altro setting assistenziale diverso da quelli presenti nella RLCP, oppure per richiesta di interruzione del servizio da parte della persona/famiglia.

## 7.2. INGRESSO NEL PERCORSO DI CURA INTEGRATO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE





### 7.3. MATRICE DEGLI SNODI DECISIONALI

Snodo decisionale	Stato clinico	Modalità di segnalazione	Mezzo	Inviante/ricevente
Accesso alle cure simultanee o ad approccio palliativo precoce	Aspettativa di vita superiore a 12 mesi	Richiesta visita di cure palliative (domiciliare o ambulatoriale)	Impegnativa e apposito modulo (allegato A del Manuale) da inviare a <a href="mailto:segreteria.curepalliative@asl.vt.it">segreteria.curepalliative@asl.vt.it</a>	Inviante: MMG o specialista territoriale Ricevente: UOSD Cure palliative
		Richiesta consulenza e/o teleconsulto medico palliativista per assistito ricoverato	Apposito modulo (allegato A del Manuale) da inviare a <a href="mailto:segreteria.curepalliative@asl.vt.it">segreteria.curepalliative@asl.vt.it</a>	Inviante: medico ospedaliero Ricevente: UOSD Cure palliative
Accesso alle cure palliative base e/o specialistiche	Aspettativa di vita inferiore a 12 mesi	Richiesta presa in carico RLCP	Modulo unico regionale (allegato B del Manuale) da inviare a <a href="mailto:richiesta.coa@asl.vt.it">richiesta.coa@asl.vt.it</a>	Inviante: MMG, specialista ASL, medico ospedaliero, Ricevente: UOSD Cure palliative
Accesso alle cure palliative assistito in carico servizi ASL	Aspettativa di vita superiore o inferiore a 12 mesi	Richiesta consulenza e/o teleconsulto (ADI, UCA o altro setting assistenziale territoriale)	Apposito modulo (allegato A del Manuale) da inviare a <a href="mailto:segreteria.curepalliative@asl.vt.it">segreteria.curepalliative@asl.vt.it</a>	Inviante: medico distretto, UCA Ricevente: UOSD Cure palliative
Rivalutazione a 90 giorni	Utente in carico alla RLCP	Gestita dalla UVCP supportato dalla COT A (reminder scadenze)	Appena disponibile supporto da parte della piattaforma di TC	Interna al servizio
Rivalutazione prima dei 90 giorni	Utente in carico alla RLCP	Richiesta di rivalutazione (fino a adeguamento piattaforma di TC)	Inviare relazione via mail <a href="mailto:arichiesta.coa@asl.vt.it">arichiesta.coa@asl.vt.it</a>	Inviante: RSA, UCP DOM Ricevente: COT A

CHI	DOVE	QUANDO	COME
MMG	Studio Domicilio Da remoto	Accesso libero Accesso programmato	Attività di routine ADP Attività di supporto in ADI o in residenzialità Richiesta di teleconsulto Attività di cure palliative condivise con UOSD CP
UOSD cure palliative	Ambulatorio ospedaliero Ambulatorio territoriale Domicilio Da remoto	Accessi programmati	Prestazioni ambulatoriali Attività di telemedicina Attività di day service/day hospital Attività di consulenza Valutazione multidimensionale
Cure palliative base	ADP ADI RSA	Accessi programmati Residenzialità	Valutazione multidimensionale Programmazione e valutazione esiti PAI Utilizzo di strumenti validati per la valutazione e gestione dei sintomi e dei rischi
Cure palliative specialistiche	UCP DOM HOSPICE	Accessi programmati a domicilio e pronta disponibilità h24 Residenzialità	Equipe multidisciplinare con personale esperto Valutazione multidimensionale Utilizzo di strumenti validati per la valutazione e gestione dei sintomi e dei rischi

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Reti e percorsi clinico assistenziali	Interno ASL Livello 2	ASL VT



## 8. DILEMMI ETICI

Nei Servizi di Cure Palliative possono presentarsi frequentemente situazioni che richiedono riflessioni etiche approfondite e che coinvolgono diverse prospettive disciplinari, per arrivare a decisioni più consapevoli e fondate. In tali circostanze, si verifica un dilemma etico quando si è chiamati a prendere una decisione che implica conflitti tra principi etici, valori e diritti, senza una risposta immediata, chiara o univoca. Le decisioni devono essere condivise con la persona malata o, comunque, in caso di incapacità, nel rispetto delle normative vigenti e delle volontà eventualmente espresse dal paziente.

Per gestire adeguatamente i dilemmi vengono individuati tre livelli di gestione ciascuno con modalità operative specifiche in relazione alla complessità, in modo da identificare con chiarezza i soggetti responsabili della loro risoluzione, ma in grado di operare in modo coordinato e complementare.

I livelli identificati sono:

1. Livello 1: l'équipe di cure palliative
2. Livello 2: il Servizio di Consulenza Etica della RLCP
3. Livello 3: il Comitato Etico Territoriale (CET)

I casi vengono gestiti come indicato dalla Determinazione 11 aprile 2025, n. G04563 Approvazione del documento "Dilemmi Etici nella Rete Locale di Cure Palliative" per la gestione dei dilemmi etici nelle Reti Locali di Cure Palliative, realizzato dal sottogruppo di lavoro del "Coordinamento regionale della Rete di Cure Palliative". Nell'ambito degli incontri del gruppo di Coordinamento aziendale della RLCP si approfondire il tema.

## 9. COMUNICAZIONE, ORIENTAMENTO E FORMAZIONE

Le Campagne comunicative e di sensibilizzazione devono ottenere una diffusione capillare nel territorio: si ritiene fondamentale il coinvolgimento delle Società Scientifiche specificamente operanti nelle cure palliative e delle Organizzazioni del Terzo Settore. Va sollecitato il supporto dei Distretti socio sanitari, quello dei MMG e dei farmacisti, con possibilità di esposizione del materiale informativo all'interno degli studi medici, delle farmacie e nei locali delle ASL. Fondamentale il costante aggiornamento della sezione del sito aziendale.

<b>Popolazione</b>	Le attività di informazione e di comunicazione istituzionale volte a informare la popolazione dovranno vertere sui seguenti temi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Legge 38/10 ed in particolare i diritti sanciti nell'articolo 1;</li> <li>- cosa sono le cure palliative e a chi sono rivolte;</li> <li>- la Rete delle cure palliative e gli operatori coinvolti;</li> <li>- le modalità di accesso alla rete delle cure palliative ed alle sue articolazioni erogative;</li> <li>- la tipologia dei set assistenziali e loro diffusione territoriale;</li> <li>- le terapie principali, in particolare quelle relative al trattamento farmacologico</li> </ul>
<b>Professionisti</b>	Saranno organizzate campagne istituzionali volte ad informare i professionisti e gli operatori sia quelli operanti e sia quelli non direttamente operanti nella rete delle cure palliative sui seguenti temi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- la Legge 38/10 e suoi articoli;</li> <li>- cosa sono le cure palliative e a chi sono rivolte;</li> <li>- la Rete delle Cure Palliative e le modalità ed i criteri di accesso alla Rete delle Cure Palliative ed alle sue articolazioni erogative;</li> <li>- tipologie dei set assistenziali e loro diffusione territoriale;</li> <li>- principali percorsi diagnostico-terapeutici, in particolare riferiti al trattamento farmacologico.</li> </ul>

Nel Manuale operativo per la gestione dei percorsi clinico assistenziali nelle cure palliative è compresa una apposita procedura per la gestione della comunicazione, dell'orientamento al cittadino e della qualità percepita (PO 10/25 Fasi e strumenti di valutazione e modelli di comunicazione).

La rete assicura la formazione continua del personale e opera attraverso lo sviluppo di regole, protocolli e procedure condivise tra gli attori della Rete, al fine di assicurare l'unitarietà e l'appropriatezza dei percorsi di cura.

In questo contesto, la formazione è considerata un elemento strategico di innovazione necessaria a che tutti gli operatori coinvolti nelle reti locali siano adeguatamente preparati ed aggiornati, consentendo così di offrire

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

servizi di alta qualità, omogenei e coordinati. In tale contesto nell'ambito della RLCP si realizzano programmi formativi per gli operatori sanitari monitorando l'aggiornamento continuo dei professionisti attraverso il costante aggiornamento del dossier formativo dei membri dell'equipe.

I progetti formativi annuali devono essere definiti e condivisi in tempo utile per essere inserita nel Piano Formativo Aziendale annuale, generalmente entro settembre dell'anno precedente.

Tali progetti devono essere rivolti innanzitutto agli operatori della RLCP, e in base al livello estesa ai volontari e a tutto il personale sanitario e socio sanitario interessato, esterno e interno all'azienda.

Si può ipotizzare una formazione a cascata che coinvolga con impegno diverso i professionisti sulla base del livello di coinvolgimento della rete, includendo anche dei percorsi in FAD.

<b>Formazione di Base:</b> indispensabile per tutti i professionisti sanitari, indipendentemente dalla loro specializzazione. Questo livello assicura che ogni professionista possieda una conoscenza fondamentale delle principali questioni palliative, permettendo loro di riconoscere e rispondere adeguatamente alle necessità più generali di cure palliative dei pazienti.	Operatori coinvolti nell'approccio palliativo e nelle Cure Palliative di Base: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medici di Medicina Generale, Medici di continuità assistenziale, infermieri dell'ADI, IFeC, professionisti della riabilitazione,</li> <li>- personale sanitario dell'ARES 118</li> <li>- team UCA</li> <li>- erogatori accreditati per le cure palliative di base</li> <li>- operatori coinvolti nei processi di Transitional Care</li> <li>- associazioni di malati/volontari</li> </ul>
<b>Formazione Specialistica:</b> necessaria per coloro che decidono di lavorare specificamente nel campo delle cure palliative. Approfondisce le competenze acquisite nella formazione di base, concentrandosi su aspetti più specifici e complessi oltre che a offrire le competenze per lavorare in team interdisciplinari ed interprofessionali.	Operatori coinvolti nell'approccio palliativo e nelle cure simultanee nonché nelle UVCP e nelle cure palliative specialistiche <ul style="list-style-type: none"> <li>- operatori della UOSD cure palliative</li> <li>- operatori degli erogatori accreditati per le cure palliative specialistiche (Formazione Specialistica)</li> <li>- medici specialisti referenti dei percorsi per la cronicità e medici delle Unità Operative di degenza</li> </ul>
<b>Formazione Avanzata:</b> questo livello è pensato per i dirigenti nel campo delle cure palliative, come coloro che si occupano di insegnamento, gestione o ricerca. Integra competenze cliniche avanzate con abilità gestionali, pedagogiche e di ricerca, promuovendo l'innovazione e l'eccellenza nelle cure palliative.	

Si ritiene opportuno definire un modulo base sempre disponibile in FAD come primo step per i neoassunti e il personale che si integra con i vari nodi della rete e degli eventi almeno annuali per approfondire alcuni temi e condividere le principali innovazioni e i più recenti aggiornamenti sul tema. Tale azione sarà inclusa nel Piano annuale di sviluppo delle cure palliative e sarà frutto di una ricognizione annuale dei bisogni formativi. Le procedure e i protocolli contenuti nel manuale potranno invece essere rivisti in un ambito formativo di FSC come gruppo di lavoro tra pari, la piattaforma aziendale consente anche di attivare Comunità di pratica per questo apposito scopo.

Percorsi formativi specifici sono previsti anche per gli OSS, i caregiver e i volontari.

## 10. QUALITÀ E APPROPRIATEZZA DI SERVIZI E PRESTAZIONI

La Rete delle Cure Palliative promuove qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate, in accordo con gli indirizzi regionali in materia.

A tale scopo si dota di un Manuale operativo che raccoglie tutte le procedure e le istruzioni operative necessarie alla gestione clinico assistenziale dei malati e delle loro famiglie e adotta un sistema di gestione della qualità e un sistema di gestione del rischio clinico.

Il manuale, al momento composto delle procedure principali per la gestione dei sintomi e delle condizioni cliniche e psicologiche più comuni, si arricchirà in un secondo momento di ulteriori procedure e istruzioni operative ritenute utili alla gestione dei percorsi di cura.

La Rete garantisce l'utilizzo regolare degli strumenti di valutazione della qualità percepita da parte del malato, quando possibile, e dei famigliari per le cure prestate durante il periodo di assistenza palliativa.

La rilevazione possibile direttamente on line o su modulo cartaceo sarà condotta annualmente in un intervallo di tempo predefinito al fine di consentire un'analisi dei dati entro il mese di ottobre/novembre.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Reti e percorsi clinico assistenziali	Interno ASL Livello 2	ASL VT

Ad un avvio semplificato dei percorsi di presa in carico deve invece seguire un attento monitoraggio dei criteri di appropriatezza sulle attività sulla base di indicatori idonei che verrà condotto trasversalmente dalla RLCP e dalla struttura adibita alla programmazione e gestione degli accreditati, nonché dalle altre articolazioni aziendali adibite al controllo di gestione.

Indicatori di processo ed esito
<ul style="list-style-type: none"> <li>- funzionamento della struttura organizzativa interaziendale di coordinamento locale (almeno tre incontri/anno di cui uno dedicato ad un audit and feedback)</li> <li>- obiettivi raggiunti del piano annuale di sviluppo delle cure palliative</li> <li>- monitoraggio della qualità delle cure palliative erogate (indagini customers satisfaction e gestione dei reclami, analisi annuale dei dati)</li> <li>- numero di assistiti nei vari setting di CP / anno;</li> <li>- numero dei pazienti non oncologici / numero pazienti totali assistiti dalla RLCP;</li> <li>- numero richieste presa in carico da parte del Medico di Medicina Generale/totale pazienti presi in carico;</li> <li>- tempo medio di attesa tra:               <ul style="list-style-type: none"> <li>o ricezione richiesta e valutazione da parte UVCP</li> <li>o valutazione ed inserimento in lista d'attesa</li> <li>o inserimento in lista d'attesa e effettiva presa in carico;</li> </ul> </li> <li>- numero degli assistiti seguiti a domicilio caricati sulla piattaforma SIAT/totale degli assistiti per le cure palliative base domiciliari.</li> </ul>

Indicatori di Esito
<ul style="list-style-type: none"> <li>- percentuale dei pazienti con durata di assistenza in CP Residenziali o domiciliari &lt; o = a 7 giorni</li> <li>- percentuale dei pazienti con durata di assistenza in CP Residenziali o domiciliari &gt; a 90 giorni</li> <li>- numero di accessi al Pronto Soccorso assistiti dalla RLCP / numero di assistiti totali dalla RLCP;</li> <li>- percentuale di pazienti deceduti a domicilio/totale dei deceduti assistiti dalla RLCP;</li> <li>- numero dei pazienti in carico alla RLCP, deceduti in reparti per acuti.</li> </ul>

FASE DI RISK ASSESSMENT	
Errore nell'invio della richiesta	→ invio di richieste non complete o non corrispondenti alle reali necessità dei pazienti → invio di richieste al punto di accettazione errata
Errata scelta del setting di cura	→ invio a nodi della rete di cure palliative specialistiche utenti di CIA inferiore a 1 → % di rivalutazione a 90 con esito migliorativo → Presa in carico in cure palliative specialistiche che si protrae oltre 12 mesi
Ritardi nell'attuazione delle procedure	→ mancata o ritardata prelievitazione in particolare in ambito di ricovero → mancata o ritardata attivazione della UVCP → ritardi nell'accettazione/lavorazione della richiesta da parte del TOH/COT/UVCP
Ritardi nella dimissione	→ mancata o ritardata accettazione della richiesta da parte della struttura/compagnie → rifiuto del paziente e/o dei famigliari → variazione delle condizioni cliniche → difficoltà ad organizzare il trasporto in tempi utili
Qualità delle cure	→ qualità percepita dall'utente e dai suoi famigliari (giudizio negativo) → non rispetto degli standard da parte della struttura
Ritardi nella presa in carico territoriale	→ non rilevazione dell'alert della scadenza per la rivalutazione dalla cot di competenza → ritardata rivalutazione della uvcp → difficoltà ad individuare/accedere a setting appropriato
Segni di alert sull'efficienza/efficacia della RLCP	→ accessi in PS dei pazienti in carico alla RLCP cure specialistiche → ricovero dei pazienti in carico alla RLCP cure specialistiche → richiesta di cure palliative in hospice residenziale di assistiti non gestiti in alcun setting appartenente ai nodi della rete → accesso o ricovero di pazienti terminali non seguiti da alcun nodo della rete