



**PIANO DI POTENZIAMENTO DELLE
CURE PALLIATIVE
Triennio 2025-2027**

Sommario

Sommario	1
Riferimenti normativi	2
Nazionali	2
Regionali	3
Obiettivi/Identificazione bisogni	4
Analisi dell'esistente e criticità	4
Epidemiologia dei bisogni di salute rilevati/stimati (adulti e pediatrici)	4
Stato di attuazione di norme pre-vigenti	6
Rete regionale di Cure Palliative	6
Accreditamento della Rete regionale CP	6
Formazione multidisciplinare dei professionisti	6
Sistema informativo	7
Rete Cure palliative pediatriche	7
Criticità Rete CP pediatriche	9
Istituzione delle Reti locali di Cure Palliative	10
Piano di potenziamento regionale CP triennio 23-25 (DGR 1475 22/9/23)	11
Stato attuazione al 2024	11
Offerta Cure Palliative per pazienti adulti e pazienti pediatrici – Stato dell'arte	13
Fattori di forza e di debolezza	15
Interventi ed azioni di miglioramento (programmazione e attuazione)	15
Modello regionale di Cure Palliative	15
Azioni programmate per l'attuazione di indicazioni normative (standard DM 77/2022)	16
Azioni per il raggiungimento dell'obiettivo	21
Transizione e collegamenti tra setting	21
Telemedicina	21
Diffusione dell'informazione a MMG e PLS	22
Creazione di una rete organizzativa su base geografica	22
Attività ambulatoriale	23
Programmi di formazione per il personale da dedicare alla Rete di Cure Palliative	23
Coinvolgimento delle Aziende sanitarie	23
Diffusione dell'informazione ai cittadini	23
Monitoraggio	24
Allegato 1	25
Piano di potenziamento Rete CP – Cronoprogramma Interventi e azioni 2025 – 2027	25
Allegato 2:	28
Programma formativo regionale per operatori sanitari: 1^ edizione (a. 2024)	28
Allegato 3:	30
Schede indicatori	30

Riferimenti normativi

Nazionali

Le norme e gli atti nazionali che regolamentano l'attività della rete regionale delle Cure Palliative sono dettagliati nell'allegato alla DGR 1475/2024 "L. 197/2022, art. 1, comma 83. Piano regionale di potenziamento delle Cure Palliative per il triennio 2023-2025. Approvazione definitiva", e di seguito riportati.

Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 22 febbraio 2007, n. 43, di adozione del Regolamento recante "Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo, in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311";

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

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2010, Rep. Atti n. 239/CSR ("Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore");

Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 25 luglio 2012, Rep. Atti n. 151/CSR, di approvazione del "Documento sui requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle Unità di Cure Palliative e della Terapia del dolore", in attuazione dell'articolo 5 della legge 15 marzo 2010, n. 38;

Decreto del Ministero della salute 28 marzo 2013 recante "Modifica ed integrazione delle Tabelle A e B di cui al decreto 30 gennaio 1998, relative ai servizi ed alle specializzazioni equipollenti";

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014, Rep. Atti n. 87/CSR, d'individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché delle strutture sanitarie, ospedaliere, territoriali e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore";

Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 19 febbraio 2015, Rep. Atti n. 32/CSR, in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie;

Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 2 aprile 2015 n. 70, di adozione del Regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

Decreto del Ministero della salute 4 giugno 2015 d'individuazione dei criteri per la certificazione della esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate, di cui alla legge 27 dicembre 2013, n. 147, comma 425;

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

Legge 22 dicembre 2017, n. 219, recante "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento";

Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, del 12 marzo 2019 recante "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", e in particolare al suo Allegato I (Elenco degli indicatori di cui all'articolo 2, comma 1) per gli indicatori dell'Assistenza Distrettuale codici D30Z, D31C e D32Z;

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 17 aprile 2019, Rep. Atti n. 59/CSR, sul documento recante "Revisione delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la rete oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale", in particolare in relazione al punto 1.6.4 (La Rete Locale di Cure Palliative);

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 27 luglio 2020, Rep Atti n. 118/CSR, sul documento "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38";

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 27 luglio 2020, Rep Atti n. 119/CSR, sul documento "Accreditamento delle reti di terapia del dolore";

Decreto del Ministero della salute 30 giugno 2021 di "Individuazione dei criteri di certificazione dei requisiti in possesso dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate";

Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 23 maggio 2022, n. 77 di adozione del "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale";

Legge 29 dicembre 2022, n. 197, recante "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025", che all'articolo 1, comma 83, ha disposto l'inserimento all'articolo 5 della legge n. 38/2010 del comma 4-bis.

Regionali

Legge regionale 31 marzo 2006, n. 6, recante "Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale", in particolare al comma 9 del suo articolo 24;

Legge regionale 14 luglio 2011, n. 10, recante "Interventi per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore";

Legge regionale 7 febbraio 2013, n.2 "Modalità di erogazione dei medicinali e delle preparazioni magistrali a base di cannabinoidi per finalità terapeutiche";

DGR n. 165 del 5 febbraio 2016 "La rete delle cure palliative e la rete della terapia del dolore della regione Friuli Venezia Giulia"

DGR n. 981 del 23 giugno 2023 "DLGS 281/1997, art. 4. Accordi Rep. Atti nn. 118/CSR e 119/CSR del 2020 e n. 30/CSR del 2021 sull'accREDITAMENTO delle Reti di Terapia del Dolore e Cure Palliative anche pediatriche. Recepimento L. 197/2022, art. 1, comma 83. Piano regionale di potenziamento delle Cure Palliative per il triennio 2023-2025. Approvazione preliminare"

DGR n. 1475 del 22 settembre 2023 "L. 197/2022, art. 1, comma 83. Piano regionale di potenziamento delle Cure Palliative per il triennio 2023-2025. Approvazione definitiva";

DGR n. 1845, 23 novembre 2023 "L. 131/2003, art. 8, comma 6. Recepimento Intesa Stato-Regioni n. 13/CSR del 26 gennaio 2023 sul piano oncologico nazionale 2023-2027 – PON. DL 198/2022, art. 4, comma 9-TER. Individuazione linee strategiche prioritarie regionali per l'attuazione del PON";

DGR n. 432 del 22 marzo 2024 "DL 198/2022 art. 4, comma 9-ter. Programma di attuazione regionale del piano oncologico nazionale 2023 – 2027 (PON) secondo le linee strategiche prioritarie regionali di sviluppo per gli anni 2023-2027";

DGR n. 1867 del 6 dicembre 2024 "LR 10/2011, art. 6. Potenziamento Rete Cure Palliative. LR 13/2023 Finanziamento aggiuntivo. Approvazione piano di utilizzo delle risorse";

DGR n. 2051 del 30 dicembre 2024 "Linee di indirizzo regionali per l'impiego dei medicinali nella continuità ospedale territorio e somministrazione farmaci H-OSP in assistenza residenziale e domiciliare".

Obiettivi/Identificazione bisogni

Il presente Piano, in continuità con il Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il triennio 2023 – 2025 (DGR n. 1475/2023), persegue primariamente gli obiettivi definiti dal Sistema nazionale, nello specifico:

- *Raggiungimento degli standard del DM 77 entro giugno 2026*
 - 1 unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP dom) ogni 100.000 abitanti e 1 Hospice, 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti. Standard di personale: nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, l'erogazione dell'assistenza è assicurata: nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera da un'équipe di cure palliative; nell'ambito ambulatoriale da équipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative; a domicilio del paziente - attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD) - da un'équipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unità di Cure Palliative - UCP), in integrazione con il medico di medicina generale per continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7; all'interno delle strutture residenziali e degli Hospice di 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti);
- *Raggiungimento dell'obiettivo della legge di Bilancio n. 197/2022 entro il 2028*
 - 90% della popolazione interessata (335 pz/100.000 residenti), standard da parere tecnico CTS.

Analisi dell'esistente e criticità

Epidemiologia dei bisogni di salute rilevati/stimati (adulti e pediatrici)

Secondo il Ministero della Salute i bisogni di CP della popolazione generale italiana sono:

- 1100/100.000 abitanti (stima per il FVG **13.200** ca.)
- 70% di questi riguardano i non oncologici
- 30 % oncologici
- 500 di questi 1100 necessitano di cure specialistiche da parte della rete di CP (**6000** ca. in FVG);
- 700-800 dei 1100 non necessitano di cure specialistiche e dovrebbero essere gestiti da MMG formati (8000 circa. in FVG - 10 paz. per ogni MMG).

Considerando la popolazione regionale pari a 1.195.792 abitanti nel 2024 (fonte DGR 2052 del 30 dicembre 2024), il numero di persone con bisogni di CP nel fine vita risulta essere pari a **8.031** (il 75% delle persone decedute nel 2019 in FVG); il bisogno di CP specialistiche è stimato in circa il 35-45% del bisogno totale, corrispondente a circa **3600** pazienti nella nostra regione.

Nelle tabelle seguenti sono riportati i dati di attività della Rete CP anno 2024 riferiti in particolare a: cure domiciliari, ricoveri in Hospice, tempi di attesa fino a 3 gg. per accesso in Hospice, distinti per tipologia di pazienti (pazienti oncologici e non oncologici).

Tab. 1: Pazienti in carico alle Cure Palliative Domiciliari anno 2024

Tipologia pazienti	N.	%
Pazienti non oncologici	715	17.8
Pazienti oncologici	3.292	82.2
Totale	4.007	100

Tab. 2: Ricoveri in Hospice per tipologica paziente anno 2024

Tipologia pazienti	N.	%
Pazienti non oncologici	138	11.2
Pazienti oncologici	1.092	88.8
Totale	1.230	100

Tab. 3: Pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistiti con ricovero in Hospice di durata ≤ 7 giorni

Numeratore	Denominatore	Valore %
265	1.092	24,3

Tab. 4: Percentuale di ricoveri in Hospice con tempo massimo di attesa tra richiesta e ingresso di 3 giorni

N. Ricoveri con attesa ≤ 3 gg			% ricoveri con attesa ≤ 3 gg		
Pz non oncologico	Pz oncologico	Totale	Pz non oncologico	Pz oncologico	Totale
114	886	1.000	82,6	81,1	81,3

Dall'analisi dei dati sopra riportati emerge la necessità di garantire assistenza con CP specialistiche ad una quota di popolazione ancora non raggiunta, che appare essere sostanzialmente rappresentata da pazienti non oncologici.

Stato di attuazione di norme pre-vigenti

Rete regionale di Cure Palliative

La **L. 38/2010** ha previsto l'attuazione, a livello nazionale, di un modello organizzativo sanitario in grado di assicurare la presa in carico globale sia del paziente sia della famiglia nell'ottica della migliore qualità di vita possibile. In coerenza con i riferimenti normativi nazionali e regionali il Friuli Venezia Giulia con la **DGR n. 165 del 5 febbraio 2016** ha formalizzato "*La rete delle cure palliative e la rete della terapia del dolore della regione Friuli Venezia Giulia*"; elementi fondamentali e costitutivi la Rete regionale sono i servizi e le strutture aziendali quali: le Unità di cure palliative, gli Hospice, l'assistenza domiciliare e la medicina generale.

Le attività della Rete Cure Palliative regionale sono coordinate da un gruppo multiprofessionale e multidisciplinare di operatori sanitari esperti in CP individuati all'interno delle tre Aziende Sanitarie e dell'IRCCS CRO di Aviano (medici palliativisti, infermieri, MMG, psicologo ...) e Rappresentanti delle associazioni dei pazienti. Come per tutte le Reti regionali, il gruppo di esperti è stato nominato dalla Struttura complessa "Gestione Prestazioni e Coordinamento e Controllo Reti Cliniche" dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS), cui compete il governo delle attività delle Reti Cliniche regionali. La composizione in essere del gruppo di coordinamento della Rete regionale CP è declinata nella "*Determinazione del responsabile SC Coordinamento Reti Cliniche*" n. 551 del 2021 di ARCS che riporta i professionisti coinvolti e individua tra gli stessi il Coordinatore della Rete CP.

Accreditamento della Rete regionale CP

Sono attualmente in fase di definizione, da parte della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, i criteri regionali per l'accREDITAMENTO della Rete regionale CP.

Formazione multidisciplinare dei professionisti

Tra le funzioni assicurate dalla Rete Regionale di Cure Palliative rientra la definizione degli indirizzi per lo sviluppo omogeneo dei percorsi di presa in carico e di assistenza delle persone con bisogni di CP e delle loro famiglie, nonché la programmazione di piani formativi obbligatori di formazione continua per i professionisti della cura.

Nel corso degli anni la Rete regionale di Cure Palliative ha assicurato la progettazione e l'avvio di percorsi formativi specifici in linea con i contenuti formativi per le aree di competenza previsti dai documenti nazionali sopra riportati. In particolare, nel corso del 2023 le Reti locali CP hanno assicurato l'effettuazione di diversi percorsi formativi rivolti ai professionisti che operano nella rete delle Cure Palliative dell'adulto e pediatrico (medici specialisti, medici di medicina generale, psicologi, infermieri, infermieri pediatrici, assistenti sociali, fisioterapisti, dietiste, OSS, farmacisti e personale amministrativo).

In continuità con l'attività formativa già svolta, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente, nel corso del 2024, è stata delineata attraverso il Piano Formativo Regionale una progettualità formativa specifica trasversale per lo sviluppo di competenze distintive nell'ambito delle Cure Palliative necessarie a orientare i comportamenti professionali e organizzativi e il lavoro di équipe.

Con la DGR 432/2024 "DL 198/2022 art. 4, comma 9-ter. Programma di attuazione regionale del piano oncologico nazionale 2023 – 2027 (PON) secondo le linee strategiche prioritarie regionali di sviluppo per gli anni 2023-2027" è stata approvata la linea progettuale formativa specifica pluriennale (2024 – 2027) in materia di CP che prevede lo svolgimento di attività formative finalizzate a consolidare e migliorare negli operatori sanitari la conoscenza degli strumenti disponibili e del modello organizzativo adottato nelle CP nel Friuli Venezia Giulia per assicurare la presa in carico del paziente garantendo la continuità clinico-assistenziale Ospedale-Territorio.

Il piano formativo 2024 – 2027 prevede di raggiungere un totale di 350 operatori sanitari con un modello organizzato su due fasi:

1° fase: formazione regionale di un totale di 80 operatori mediante moduli formativi regionali di 28 ore organizzati su 4 giornate

2° fase: formazione aziendale di 270 operatori mediante moduli formativi aziendali di 28 ore organizzati su 4 giornate.

Nei mesi di novembre e dicembre 2024 è stata avviata e conclusa la 1^a edizione del percorso formativo per formatori (programma di dettaglio nell'allegato 2).

Nel corso del 2025 è previsto lo svolgimento di due ulteriori edizioni regionali del corso regionale, attualmente in fase di svolgimento la prima edizione (22/5/2025 – 11/06/2025) e l'attivazione di 1 corso a livello di ogni azienda (complessivamente 3/2025).

La programmazione delle edizioni del corso di formazione si concluderà con l'anno 2027 e prevede l'attivazione di complessive 14 edizioni (livello regionale e livello aziendale) per assicurare la formazione di circa 350 operatori sanitari regionali.

Sistema informativo

La regione Friuli Venezia Giulia dispone di un Sistema Informativo Socio Sanitario unico su tutto il territorio regionale (SISSR), all'interno del quale operano gli Applicativi Gestionali finalizzati alla gestione delle attività cliniche e amministrative delle Aziende Sanitarie e degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.

Per la documentazione delle attività sanitarie assicurate dai professionisti territoriali componenti i team di cura, le Aziende sanitarie dispongono di applicativi diversi anche in funzione dei diversi ruoli professionali:

- *Cartella utente 4.0* – applicativo regionale per l'assistenza territoriale per la documentazione delle attività di valutazione e presa in carico assistenziale e riabilitativa degli assistiti, attualmente utilizzato dal personale infermieristico e fisioterapista;
- *G2 clinico* – applicativo regionale per la documentazione dell'attività medica (es. registrazione dell'attività clinica, gestione delle prescrizioni);
- *Millewin* – applicativo utilizzato dai Medici di Medicina Generale (nella quasi totalità dei casi).

Rete Cure palliative pediatriche

L'attività della Rete Regionale di Terapia del dolore (TD) e Cure Palliative Pediatrica (CPP) è declinata nell'allegato alla DGR 1475/2023. "L. 197/2022, art. 1, comma 83. Piano regionale di potenziamento delle Cure Palliative per il triennio 2023-2025. Approvazione definitiva".

La Rete "Terapia del dolore e Cure Palliative Pediatriche" è incardinata come "filiera" nella Rete Pediatrica del Friuli-Venezia Giulia, attivata con DGR n.730 del 21/03/2018: "Attivazione della rete Pediatrica della regione Friuli Venezia Giulia".

La Rete prevede dei nodi essenziali che sono:

- Centro di Riferimento di CPP e Terapia del Dolore (Centro Hub)
- Risposte residenziali (Hospice pediatrico)
- Risposte ospedaliere (Reparti a indirizzo pediatrico) (Centri Spoke)
- Assistenza domiciliare di base e specialistica (Unità di Cure Palliative Domiciliari e altre reti domiciliari pediatriche e non, esistenti sul territorio, purché idonee a effettuare interventi domiciliari)
- Servizi socio-sanitari territoriali ed educativi
- Servizio di urgenza/emergenza (112 e pronto soccorso).

Il Centro di Riferimento regionale di CPP e Terapia del Dolore è stato identificato presso l'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste con Decreto n. 1345/SPS del 29 luglio 2019 e persegue le seguenti finalità:

- garantire la realizzazione dei contenuti previsti dall'allegato tecnico al decreto n° 1771/2016 (Modalità organizzative per la gestione delle cure palliative e terapia del dolore in età pediatrica);
- garantire in particolar modo il supporto, la supervisione clinica e la consulenza alle attività di assistenza domiciliare per tutto il territorio regionale, attraverso il coordinamento regionale della rete di cure palliative pediatriche;
- attivare e avvalersi di un coordinamento regionale delle Associazioni di volontariato che si adoperano per i bambini affetti da patologie con bisogni complessi (oncologici e non) e per il supporto alle loro famiglie.

La risposta residenziale in FVG si articola al momento nella disponibilità di 2 Posti Letto Hospice presso l'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste. La risposta ospedaliera in regime di ricovero ordinario, di Day Hospital o ambulatoriale sono garantite da tutte le SOC di Pediatria della Regione (Centri Spoke). Non esistono strutture sanitarie residenziali pubbliche o private/convenzionate ufficialmente integrate nella Rete di TD e CPP.

La risposta territoriale è erogata da tutti i Distretti e gli ambiti di appartenenza dei minori in carico alla Rete e residenti in FVG in collaborazione con le strutture deputate alla gestione del paziente adulto con bisogno di cure pediatriche.

La Rete Regionale di TD e CPP, attraverso le sue strutture e con il coordinamento del Centro di Riferimento Regionale, garantisce un percorso integrato di cura adeguato secondo il bisogno e la sua complessità.

Il percorso integrato di cura prevede:

- la segnalazione del caso e la valutazione dei criteri di accesso: minori ed eventualmente giovani adulti, eleggibili alle CPP e TD, compresi i percorsi assistenziali per le CPP prenatali con la presa in carico della madre e del feto malato durante la gravidanza;
- la valutazione multidimensionale del caso (VMD) da parte dell'equipe multispecialistica;
- la stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI);
- la presa in carico globale del bambino e della sua famiglia;

- la garanzia di continuità assistenziale: la Rete Regionale di TD e CPP costituisce il riferimento anche per la reperibilità telefonica h 24 sette giorni su sette, per l'assistenza medica, infermieristica e psicologica;
- la rivalutazione periodica dei bisogni per la pianificazione dei percorsi e delle cure;
- la gestione dell'urgenza/emergenza in collaborazione con i servizi territoriali di emergenza e pronto soccorso;
- la gestione della terminalità, dell'evento morte e del lutto, sia in ospedale che a domicilio;
- la gestione della eventuale transizione per raggiunta età del paziente ai servizi dell'età adulta;
- la gestione della dimissione dalla Rete.

La Rete CPP ha adottato strategie condivise per la presa in carico e la valutazione multidimensionale dell'eleggibilità che permettono l'assegnazione a diversi livelli di CPP (punteggio ACCAPED e PAPAS):

- Livello 1 - BASE è un primo livello in caso di bisogni assistenziali di bassa-media entità che richiedono l'attivazione dei Servizi di base (PLS, MMG, Distretto, Ospedale territoriale, Servizi di Riabilitazione, ...)
- Livello 2 - GENERALE è un secondo livello in caso di bisogni assistenziali moderati/elevati, che richiedono l'intervento di specialisti di malattia (es. oncologi, neonatologi, ...) ma che hanno anche preparazione e competenze specifiche in CPP (Centri Spoke con la supervisione/consulenza del Centro Hub)
- Livello 3 - SPECIALISTICO è un terzo livello in caso di bisogni assistenziali elevati, che richiedono l'intervento continuativo dei professionisti specialisti di riferimento (Centro Spoke).

La Rete ha anche attivato attraverso la piattaforma *Pohema* garantendo anche servizi di telemedicina (televisita e teleconsulto).

Criticità Rete CP pediatriche

Attualmente sono rilevabili le seguenti criticità, per le quali il presente piano delinea le specifiche azioni di miglioramento:

- Disomogeneità nella presa in carico dei pazienti tra i territori degli Enti del SSR: secondo le stime ministeriali (Benini et al 2021) la prevalenza di minori eleggibili alle CPP specialistiche è di 18 minori/100.000 residenti in FVG, pari quindi a circa 250 minori. Non esiste un registro ufficiale dei bambini in carico alla Rete di TD e CPP. Da una survey locale del 2024, al momento i minori in carico con bisogno di CPP specialistiche risultano essere 65, pari al 26% dello stimato. Nell'ambito di questo numero di minori si assiste ad una forte disomogeneità nella condivisione con il Centro di Riferimento Regionale, che risulta essere pari al 100% in ASUGI, 94% in ASUFC e 13% in ASFO.
- Assenza di un piano di rete. Il Piano di Rete pediatrica è stato posto all'attenzione del Coordinamento della Rete Pediatrica nel settembre 2024, è tuttora in discussione.
- Residenzialità hospice per i minori in cure palliative pediatriche attivata ma priva di spazi e di personale dedicato. È necessario procedere alla ristrutturazione dell'area identificata come sede di "Hospice pediatrico" presso l'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste
- Disomogeneità dei criteri di codifica delle prestazioni e nei percorsi di tracciabilità.

Istituzione delle Reti locali di Cure Palliative

La Rete regionale CP si è concretizzata con l'attivazione, all'interno delle Aziende sanitarie (ASUFC, ASUGI e ASFO), delle Strutture Complesse di "Cure palliative" che costituiscono le *Reti locali di CP* e assicurano, in integrazione con l'assistenza domiciliare e la medicina generale le cure domiciliari, ambulatoriali e quelle in regime di ricovero presso gli Hospice.

Tra le funzioni assicurate dalle suddette Strutture rientrano le seguenti:

- garantire la copertura dei bisogni del malato e della sua famiglia in qualsiasi luogo di cura o residenza, grazie ad un sistema di "Rete", integrandosi e interfacciandosi con le strutture di ricovero e con le strutture afferenti al Dipartimento di Assistenza Distrettuale/Territoriale e degli altri Dipartimenti territoriali;
- collaborare in integrazione con i professionisti ospedalieri e territoriali (MRUAP, infermieri e altri operatori sanitari e non, dei Distretti Sanitari) per garantire la continuità assistenziale, la multidisciplinarietà e l'integrazione dei percorsi di diagnosi, cura, prevenzione e riabilitazione;
- assicurare supporto e formazione a specialisti e operatori sanitari nella materia di competenza, partecipando anche ad attività didattiche, di tutoraggio e di ricerca.

Di seguito le Strutture di CP attivate nelle Aziende/Enti sanitari regionali.

- **Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale – ASUFC:** Struttura operativa complessa Cure Palliative - Dipartimento di Assistenza Territoriale (DAT);
- **Azienda sanitaria universitaria Giuliana Isontina – ASUGI:** Struttura complessa Rete Cure Palliative e Hospice - Dipartimento di Assistenza Distrettuale (DAD) Area Giuliana – Struttura complessa Rete Cure Palliative e Hospice - Dipartimento di Assistenza Distrettuale (DAD) Area Isontina;
- **Azienda sanitaria Friuli Occidentale – ASFO:** Dipartimento dell'assistenza territoriale (DAT) – Struttura complessa Rete Cure Intermedie e Cure Palliative
- **Centro di Riferimento Oncologico - CRO** (Aviano): Struttura semplice Cure Simultanee e Palliative
- **IRCCS Burlo Garofolo – Trieste:** Cure Palliative pediatriche.

Piano di potenziamento regionale CP triennio 23-25 (DGR 1475 22/9/23)

Stato attuazione al 2024

MACROAREA - OBIETTIVI	AZIONI PREVISTE	Attività assicurate nel 2024
ACCREDITAMENTO REGIONALE RETE CP	- Avvio delle procedure di accreditamento della rete	<u>Attività non realizzata</u> Le Aziende nel corso del 2023 hanno aggiornato i rispettivi assetti aziendali (istituiti Dipartimenti di Assistenza Territoriale e le SC CP)
ATTUAZIONE STANDARD MINISTERIALI previsti per CP (DM 77/2022-DCG 2042/2022): 1 Unità di Cure Palliative domiciliari ogni 100.000 abitanti; Hospice:8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti	- Pianificazione triennale da parte degli Enti del S.S.R. - Valutazione fabbisogni annuali.	<u>Attività con sviluppo annuale</u> Le Linee di gestione SSR per il 2024 hanno previsto in tale anno l'attivazione di 11 UCP dom/Aziende (di cui 1 pediatrica) e 89 posti letto Hospice (di cui 2 pediatrici) Al 31/12/24 erano attive 10 UCP dom adulti. Effettuata mappatura beni e servizi necessari a potenziare la RETE CP e valutazione economica (finanziamento disponibile 500.000,00 euro). Finanziamento approvato – DGR 1897/2024 e assegnato ad ARCS per acquisizione beni
IDENTIFICAZIONE DI STRUMENTI STANDARDIZZATI per garantire la tracciabilità e la trasparenza delle prestazioni e implementazione e adeguamento dei sistemi informativi afferente al sistema cartella territoriale, in integrazione alle attività previste per le cure domiciliari (cfr POR ADI DGR 745 del 12 maggio 2023)	- Implementazione percorso cure palliative domiciliari - Trasparenza delle prestazioni - Definizione dei criteri per l'identificazione delle prestazioni erogate nel setting ambulatoriale - Identificazione flusso informativo Hospice - Realizzazione percorsi formativi regionali	<u>Attività in corso</u> Progettualità collegata allo sviluppo dei percorsi e dei flussi relativi alla PIC territoriale Sviluppo attività documentale in relazione all'applicativo informatico Cartella Utente 4.0
FORNITURA DI FARMACI classificati dall'AIFA come OSP e farmaci in Fascia C, garantita attraverso una procedura formalizzata	- Definizione di una procedura unica regionale sull'utilizzo dei farmaci H OSP per le cure palliative sul territorio	<u>Attività realizzata</u> Progettata e formalizzata procedura per utilizzo farmaci H OSP a domicilio (DGR 2051/2024) In fase di definizione documento specifico su farmaci CP Proseguita attività integrata farmacisti e palliativisti per produzione documento specifico per CP
PERCORSO DI CURA INTEGRATO per la presa in carico (PIC) del paziente adulto in Cure Palliative	- Attivazione gruppi di lavoro finalizzati alla definizione di un PDTA regionale sulla presa in carico nelle cure palliative - Definizione e formalizzazione del Percorso Integrato di Cura condiviso della presa in carico del paziente adulto nella rete di CP - Formazione - implementazione	<u>Attività realizzata</u> Il PDTA è stato definito <u>Attività avviata</u> , linea progettuale pluriennale (2024 – 2027) inserita nel piano formativo annuale (v. PON piano di formazione Oncologico finanziato) <u>Attività non avviata</u> Manca formalizzazione del documento a livello regionale
CONSOLIDAMENTO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE	- Verifica sullo stato di avanzamento delle attività attraverso incontri periodici della rete di cure palliative	<u>Attività in corso</u>
MONITORAGGIO	- Verifica di applicabilità del panel di indicatori identificati nel documento ed eventuale adeguamento dei flussi informativi necessari - Realizzazione del prototipo del cruscotto di monitoraggio visibile con	<u>Attività in corso</u>

	aggiornamenti periodici da parte delle aziende - Messa a regime dei flussi informativi e del cruscotto di monitoraggio	
FORMAZIONE	- Il piano di formazione regionale prevede un aggiornamento annuale sulla base delle proposte fornite dalla rete	Attività in corso Formazione pluriennale 2024 – 2027 su competenze trasversali professionisti della Rete CP
RISORSE UMANE	- Definizione degli standard, anche ai fini dell'accreditamento	Attività non realizzata

Offerta Cure Palliative per pazienti adulti e pazienti pediatrici – Stato dell’arte

Nella tabella seguente è riportata l’attuale offerta regionale relativa alle CP declinata per singola Azienda/Ente sanitario.

Tab. 5: Attività della Rete CP regionale - specifiche Aziendali

	BURLO GAROFOLO	ASUGI		ASFO	ASUFC	CRO	TOTALE
		TS	GO				
Numero posti letto Hospice	2	20 p.l. Pineta del Carso (privato convenzionato)	16 p.l. complessivi: - 9 p.l. Monfalcone - 7 p.l. Cormons	20 p.l. complessivi: - 10 p.l. S. Vito al T. - 10 posti letto Aviano (privato conv.to)	31 p.l. complessivi: - 12 Udine, - 4 Gemona - 8 Cividale - 7 Latisana	-	89 p.l. Hospice
Numero Ambulatori (ambulatori CP attivi, giorni/settimana e ore settimanali complessive)	1 Amb. CP pediatriche operativo 5 gg./settimana per 35 ore totali	1 Amb. CP in fase di strutturazione. <i>(A regime prevista apertura 5 gg/settimana per 10 ore totali)</i>	4 Amb. CP operativi: Monfalcone - 5 gg/settimana per 35 ore totali Cormons - 2 gg/settimana per 7-10 ore totali Gorizia - 2 gg/settimana per 10 ore totali Gorizia - Amb. CP Simultanee – 5 gg/settimana per circa 35 ore totali (avvio giugno 2025)	In fase di attivazione	1 Amb. CP operativo 1 g/settimana; nelle altre sedi attivato per bisogni specifici Attività da implementare	1 Amb. CP per pazienti oncologici	8 Ambulatori CP operativi. Offerta attivabile al bisogno in altre sedi. 2 ambulatori in fase di strutturazione
Attività negli ospedali	Attività di consulenza	Attività di consulenza (presidio ospedaliero Cattinara)	Attività di consulenza (presidi ospedalieri di Monfalcone e Gorizia)	Attività di consulenza (presidi ospedalieri di Pordenone, S. Vito al taglio e Spilimbergo)	Attività di consulenza 2 giorni/settimana per 12 ore presidio ospedaliero di Udine; ospedali spoke ASUFC attività di consulenza	Attività di consulenza	Attività di consulenza specialistica CP disponibile per tutti i Presidi ospedalieri della Regione
Numero UCP dom attive		2	2	3	3	-	10

	BURLO GAROFOLO	ASUGI		ASFO	ASUFC	CRO	TOTALE
		TS	GO				
Coinvolgimento associazioni di volontariato e sociali (Si/No)		Si, sporadico per il volontariato. Volontariato sociale: sì	Sporadico per il volontariato e sociale	SI	Volontariato: presente a "macchia di leopardo", presente volontariato sociale (afferente alle strutture di Ambito)		Coinvolgimento associazioni/volontariato non strutturato in maniera uniforme sul territorio regionale
Coinvolgimento Terzo settore (Si/No)		SI-Sporadico	SI-Sporadico	SI	NO		SI-Sporadico/NO
Attività domiciliare (obiettivo h24 7/7)		6 ore per 5 giorni/settimana e attività extra orario	7 ore 5 giorni/settimana	12 ore 7 giorni/settimana	8 ore al giorno 3 giorni su 7 per ogni distretto (9 distretti)	NO	Nessuna Azienda attualmente assicura l'offerta domiciliare 24 ore 7 gg/settimana

Fattori di forza e di debolezza

L'attività di Programmazione Regionale e delle Aziende sanitarie ha permesso nel corso del 2024 l'attivazione progressiva delle UCP dom e dei posti letto di Hospice con l'obiettivo di raggiungere nel corso del 2025 gli standard previsti. È inoltre in corso il potenziamento delle Strutture di Cure Palliative con il progressivo aumento del personale medico e infermieristico dedicato.

Il Coordinamento della Rete regionale CP ha svolto un'intensa attività portando a termine la stesura del PDTA regionale "*La presa in carico clinico-assistenziale della persona in Cure Palliative in FVG*" e la programmazione e avvio della formazione regionale specifica.

Tra le criticità ancora presenti il completamento dell'implementazione del numero totale di UCP dom previste anche in termini di risorse professionali (numero e competenze), il numero di posti letto di Hospice e la copertura h 24 7/7 dell'assistenza domiciliare CP.

Una ulteriore criticità all'attenzione è il miglioramento dell'integrazione tra Rete CP adulti e Rete CP pediatrica.

Interventi ed azioni di miglioramento (programmazione e attuazione)

Modello regionale di Cure Palliative

Il gruppo regionale di coordinamento della Rete Cure Palliative ha il mandato di assicurare la necessaria continuità terapeutica e di cura attraverso il coordinamento e l'integrazione dei diversi livelli assistenziali (domiciliari, ambulatoriali, a ciclo diurno, di ricovero) nei vari setting di cura (domicilio, Hospice, ospedale).

Per i servizi specialistici di CP l'obiettivo più importante è quello di assicurare risposte ai bisogni di salute delle persone e delle famiglie, sviluppando interventi modulati nel tempo e per intensità, intervenendo in fase precoce e cercando di comprendere meglio le preferenze dei pazienti con cui condividere precocemente il piano di cura. Tale obiettivo è possibile solo perseguendo l'integrazione con tutti gli altri servizi del sistema sanitario e anche sociale. Questo modello organizzativo prevede che sia la complessità dei bisogni, e non più soltanto la prognosi, il nuovo paradigma per definire l'appropriatezza dell'intervento delle équipe specialistiche di cure palliative.

A livello nazionale e internazionale è ormai concorde l'indicazione relativa a tre livelli di complessità, cui corrispondono differenti ruoli e responsabilità per le Unità di CP specialistiche e diversi livelli di erogazione dei servizi:

- bassa complessità (cure palliative di I livello): caratterizza malati con bisogni di CP a minore complessità (ad es. in fase precoce di malattia e/o con un discreto livello di stabilità clinica), per queste persone non è solitamente necessario l'intervento di una équipe specialistica;
- media complessità: caratterizza malati assistiti da medici/équipe non specialistiche di CP, con bisogni di complessità moderata per i quali può essere utile un percorso di cura condiviso (*shared care*) con le équipe specialistiche;
- alta complessità (cure palliative di II livello): caratterizza le persone con bisogni complessi, per i quali è necessario una presa in carico e un intervento intensivo da parte di un'équipe specialistica dedicata di CP.

La Rete delle CP, così come attualmente strutturata nella Regione Friuli Venezia Giulia, ha l'obiettivo di garantire in modo uniforme in ciascun ambito territoriale i seguenti livelli assistenziali:

- assistenza residenziale in Hospice;
- assistenza domiciliare: interventi di base e di equipe specialistiche multidisciplinari;
- assistenza ospedaliera in regime ambulatoriale e di consulenza nei reparti di degenza.

La Rete locale delle CP presente in ogni Azienda sanitaria costituisce un'aggregazione funzionale ed integrata dei servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali, che erogano attività di cure palliative nei diversi setting assistenziali (Domicilio, Hospice, Strutture Socio-Sanitarie e Ospedale) in ciascuna Azienda del SSR. Il coordinamento delle Reti locali è affidato ai Responsabili delle Strutture Cure Palliative aziendali (v. cap. Istituzione delle Reti locali di Cure Palliative a pag. 10).

L'attività delle Strutture aziendali dedicate alle Cure Palliative e le interazioni con le altre strutture del SSR sono declinate nel PDTA regionale "La presa in carico clinico-assistenziale della persona in Cure Palliative in FVG".

Azioni programmate per l'attuazione di indicazioni normative (standard DM 77/2022)

Gli obiettivi da perseguire, le azioni da avviare e gli indicatori di monitoraggio per assicurare il consolidamento e miglioramento continuo della Rete regionale CP anche in termini di efficacia degli interventi e output finali sono declinati annualmente nelle "Linee annuali per la gestione del SSR".

Di seguito gli elementi di dettaglio e rispettivi standard per lo sviluppo della Rete regionale CP:

- UCP dom: 1/100.000 abitanti;
- Posti letto Hospice: 8-10 posti letto/100.000 abitanti;
- Attività domiciliare: attivazione H 24, 7 giorni/settimana in collaborazione con assistenza domiciliare territoriale;
- Coinvolgimento delle Associazioni di volontariato e sociali;
- Coinvolgimento del Terzo settore;
- Integrazione con assistenza domiciliare territoriale.

Le tabelle 6 e 6-bis riportano gli obiettivi regionali relativi allo sviluppo della Rete CP che sono stati declinati nel dettaglio per le singole Aziende sanitarie rispettivamente per l'anno 2025 e per l'anno 2026.

Tab. 6: Dettaglio degli obiettivi previsti per l'anno 2025

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS
A.2.5.a	Attuare il Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il periodo di riferimento (DGR 1475 del 22 settembre 2023 e successive modifiche)	N° UCP dom attive entro il 31.12.2025	13 (di cui 1 pediatrica)	ASFO	4 (di cui 1 pediatrica)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila
				ASUFC	5	
				ASUGI	4	

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS
A.2.5.b	Attuare il Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il periodo di riferimento (DGR 1475 del 22 settembre 2023 e successive modifiche)	N° posti letto di assistenza sanitaria in Hospice attivi al 31.12.2025	122 pl (di cui 4 pediatrici)	ASFO	30 pl	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila
				ASUFC	52 pl	
				ASUGI	36 pl	
				BURLO	4 pl	
Lea core D30Z	Migliorare il numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	> 65% (FVG valore 2023 53,57% valore gen-ago 2024 56,94%)	ASFO	> 65% (valore 2023 56,14% valore gen-ago 2024 56,46%)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila
				ASUFC	> 65% (valore 2023 44,85% valore gen-ago 2024 49,13%)	
				ASUGI	> 65% (valore 2023 62,67% valore gen-ago 2024 67,08%)	
Bersaglio C28.2B	Migliorare i tempi per il ricovero in hospice per malati con patologia oncologica	% di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	> 80% (FVG valore 2023 83,58% valore gen-ago 2024 82,23%)	ASFO	> 80% (valore 2023 81,17% valore gen-ago 2024 80,61%)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila
				ASUFC	> 80% (valore 2023 65,99% valore gen-ago 2024 66,24%)	
				ASUGI	> 80% (valore 2023 96,11% valore gen-ago 2024 97,16%)	
Bersaglio D32Z	Diminuire il n. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	< 25,0% (FVG valore 2023 24,76% valore gen-ago 2024 23,53%)	ASFO	<25,0% (valore 2023 27,85% valore gen-ago 2024 20,91%)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila
				ASUFC	<25,0% (valore 2023 23,91% valore gen-ago 2024 27,00%)	
				ASUGI	<25,0% (valore 2023 22,90% valore gen-ago 2024 23,05%)	

Tab. 6-bis: Dettaglio degli obiettivi previsti per l'anno 2026

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS
5.2.1.a	Mantenimento dei target previsti dal vigente Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il periodo di riferimento	N° posti letto di assistenza sanitaria in Hospice attivi per tutto il 2026	122 pl (di cui 4 pediatrici)	ASFO	30 pl	
				ASUFC	52 pl	
				ASUGI	36 pl	
				BURLO	4 pl	
5.2.1.b	Mantenimento dei target previsti dal vigente Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il periodo di riferimento	N° UCP dom per tutto il 2026	13 (di cui 1 pediatrica)	ASFO	4 (di cui 1 pediatrica)	
				ASUFC	5	
				ASUGI	4	
5.2.1.c	Attuazione standard ministeriali (DM 77/2022; DGR 2024/2022)	Viene garantita la funzione di cure palliative domiciliari h24, 7 giorni su 7, anche in collaborazione con i servizi di ADI	Indicatore monitorato mediante relazione semestrale delle singole aziende su attività svolta, con prestazioni effettuate, in orario notturno, prefestivo e festivo rispetto richieste pervenute	ASFO	UCP dom operativa h 24 7/7	Coordina-mento e monito-rraggio
				ASUFC	UCP dom operativa h 24 7/7	
				ASUGI	UCP dom operativa h 24 7/7	
BERSAGLIO D32Z	Diminuire il n. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito	% di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	< 25,0% (FVG valore 2024 24,30% valore gen-mar 2025 21,30%)	ASFO	<25,0% (valore 2024 23%valore gen-mar 2025 29,25%)	Coordina-mento e monito-rraggio
				ASUFC	<25,0% (valore 2024 27,60%valore gen-mar 2025 17,86%)	
				ASUGI	<25,0% (valore 2024 22,79% valore gen-mar 2025 17,50%)	
LEA NSG D30Z	Migliorare il numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	% deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	> 65% (FVG valore 2024 56,87% valore gen-mar 2025 63,03%)	ASFO	>65,0% (valore 2024 56,92% valore gen-mar 2025 62,44%)	Coordina-mento e monito-rraggio
				ASUFC	>65,0% (valore 2024 51,68%valore gen-mar 2025 55,99%)	
				ASUGI	>65,0% (valore 2024 62,01% valore gen-mar 2025 75,30%)	

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS
5.2.1.d	Sviluppare l'attività ambulatoriale	N° ore die/gg settimana/300.000 ab	>=3 ore/die per 5 gg/settimana ogni 300.000 ab (indicatore monitorato dalle singole aziende)	ASFO	3 ore/die per 5 gg/settimana (dato calcolato per intera popolazione aziendale)	Coordinamento e monitoraggio regionale
				ASUFC	5 ore/die per 5 gg/settimana (dato calcolato per intera popolazione aziendale)	
				ASUGI	3 ore e 30'/die per 5 gg/settimana (dato calcolato per intera popolazione aziendale)	
5.2.1.e	Incrementare la quota di pazienti non oncologici accolti in hospice	% di pazienti non oncologici accolti in hospice	>20%	ASFO	>20% (valore 2024 6,5%)	
				ASUFC	>20% (valore 2024 20,6%)	
				ASUGI	>20% (valore 2024 5%)	
5.2.1.f	Migliorare le procedure di richiesta di valutazione per CP tra diversi setting assistenziali	Trasmissione formale a DCS del documento di consenso della rete "Procedura per la valutazione del paziente che necessita di Cure Palliative"	Trasmissione del documento entro il 31.12.2026	ARCS	Trasmissione del documento entro il 31.12.2026	
5.2.1.g	Adozione a livello aziendale del PDTA "La presa in carico clinico-assistenziale della persona in Cure Palliative in FVG" Fornitura di farmaci classificati dall'AIFA come OSP e farmaci in fascia C	n. di eventi formativi aziendali sul pdta successivamente alla sua adozione	almeno 1 per azienda	ASFO	Entro 31.12.2026 effettuazione di almeno 1 evento formativo	
				ASUFC	Entro 31.12.2026 effettuazione di almeno 1 evento formativo	
				ASUGI	Entro 31.12.2026 effettuazione di almeno 1 evento formativo	
				BURLO	Entro 31.12.2026 effettuazione di almeno 1 evento formativo	
				CRO	Entro 31.12.2026 effettuazione di almeno 1 evento formativo	

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS
5.2.1.h	Formazione sulla fornitura di farmaci classificati dall'AIFA come OSP e farmaci in fascia C	n. di eventi formativi aziendali	almeno 1 per azienda	ASFO	Entro 31.12.2026 effettuazione di almeno 1 evento formativo	
				ASUFC	Entro 31.12.2026 effettuazione di almeno 1 evento formativo	
				ASUGI	Entro 31.12.2026 effettuazione di almeno 1 evento formativo	
				BURLO	Entro 31.12.2026 effettuazione di almeno 1 evento formativo	
				CRO	Entro 31.12.2026 effettuazione di almeno 1 evento formativo	
5.2.1.i	Percorso di cura integrato per la presa in carico del paziente adulto; migliorare la rilevazione dei dati di attività della rete Cure Palliative	Definizione e adozione da parte degli enti di un lessico uniforme da utilizzare per la registrazione delle consulenze di Cure Palliative nel paziente ricoverato	Entro 30.06.2026	ASFO	Entro 30.06.2026	Coordinamento e approvazione del documento di consenso della rete
				ASUFC	Entro 30.06.2026	
				ASUGI	Entro 30.06.2026	
				BURLO	Entro 30.06.2026	
				CRO	Entro 30.06.2026	
5.2.1.j	PDTA del paziente pediatrico in cure palliative	Trasmissione formale a DCS e ARCS del documento del PDTA "La presa in carico clinico-assistenziale del minore in cure Palliative in FVG"	Entro 31.12.2026	BURLO	Entro 31.12.2026	
5.2.1.k	Assegnazione di risorse professionali infermieristiche con capacità professionali adeguate alla gestione delle CP pediatriche in almeno 1 UCP dom/Azienda	Presenza di personale infermieristico formato alla gestione delle CP pediatriche in almeno 1 UCP dom per azienda	Entro 31.12.2026	ASFO	Entro 31.12.2026	
				ASUFC	Entro 31.12.2026	
				ASUGI	Entro 31.12.2026	

Il raggiungimento da parte delle singole Aziende degli obiettivi previsti dalle programmazioni annuali permetterà di soddisfare pienamente gli standard previsti dal DM 77/2022; nelle attività di programmazione degli interventi da attuare è necessario prevedere un adeguamento delle professionalità disponibili sia in termini numerici che di competenze professionali incrementando il numero di professionisti "dedicati" all'attività specialistica in modo da poter estendere l'orario di attività delle UCP dom, attualmente non adeguato.

Inoltre, per incrementare il coinvolgimento delle Associazioni di volontariato e del Terzo settore, nel periodo 2026 – 2027 sarà assicurata un'attività di sensibilizzazione e di formazione specifica.

Azioni per il raggiungimento dell'obiettivo

Transizione e collegamenti tra setting

Al fine di assicurare l'attività di cure palliative del paziente ricoverato in strutture ospedaliere nonché la transizione e la presa in carico territoriale, il personale afferente alle UCP dom assicura l'attività di consulenza presso i presidi ospedalieri della regione. Nel corso del 2026 verrà perfezionato il percorso e le modalità operative.

In Regione nel corso del 2024 sono state attivate complessivamente n. 12 Centrali operative territoriali (COT) che ad oggi assicurano, tramite applicativo informatico e strumenti ad hoc (scheda dimissioni protette da reparti e PS) la transizione Ospedale – Territorio, nel dettaglio:

- ASUFC n. 5 COT – Udine, Palmanova, Latisana, Tolmezzo, Codroipo;
- ASUGI n. 4 COT – Trieste (n. 2), Gorizia e Monfalcone;
- ASFO n. 3 COT – San Vito al Tagliamento, Sacile e Pordenone.

Tra le attività programmate a livello regionale per il 2025 è in fase di completamento la definizione della procedura/modalità di richiesta di valutazione di un paziente per presa in carico in CP, e la rendicontazione/documentazione dell'attività assicurata.

Oltre al flusso ospedale / territorio già operativo, dovranno essere definiti gli ulteriori flussi comunicativo/informativi che saranno gestiti dalle COT per assicurare le transizioni dei pazienti tra i diversi setting, in particolare quelli da territorio a territorio:

1. da domicilio/CDR vs Hospice e viceversa;
2. da RSA vs CP domiciliari e viceversa;
3. da CP domiciliari vs Hospice/RSA e viceversa.

Telemedicina

L'Accordo della Conferenza Stato Regioni del 17 dicembre 2020 "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina" sancisce che la Telemedicina è di fatto una prestazione del SSN cui le singole Regioni dovranno dare attuazione.

La telemedicina riveste una funzione fondamentale nell'assicurare al paziente cure adeguate in quanto permette di:

- ridurre eventuali divari geografici e territoriali;
- garantire una migliore «esperienza di cura» per gli assistiti;
- migliorare l'efficacia e l'efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto.

Sebbene le visite in presenza tra professionisti e pazienti rimangano fondamentali, la telemedicina offre un utile strumento per il monitoraggio quotidiano delle condizioni del paziente, permettendo di rilevare tempestivamente eventuali cambiamenti clinici. Inoltre, la telemedicina può fornire un supporto remoto prezioso ai caregiver, aiutandoli a gestire la malattia e le cure.

La telemedicina può supportare molti aspetti della gestione della persona in CP e della sua famiglia attraverso quattro diverse tipologie: televisita, teleassistenza, teleconsulto e telemonitoraggio attivabili con modalità efficienti e innovative. I pazienti, soprattutto quelli in fase terminale che scelgono di continuare le cure a casa, non vogliono essere lasciati soli; la telemedicina permette una "presenza costante", sebbene non fisica, ma comunque una maggior disponibilità. Questo percorso innovativo può favorire la sinergia tra ospedale e territorio, garantendo un percorso tecnologicamente avanzato di presa in carico globale del malato e della sua famiglia e una maggiore appropriatezza della risposta clinico-assistenziale.

In Regione sono in fase di implementazione i sistemi informatici per l'utilizzo della telemedicina nel contesto ospedaliero e territoriale. In tale ottica le Aziende sanitarie dovranno pertanto promuovere attività che favoriscano la crescita dei servizi di telemedicina a livello territoriale garantendo, in particolare:

- monitoraggio da remoto delle condizioni generali della persona assistita
- erogazione sicura ed efficiente delle cure con migliore adesione, gradimento e compliance
- maggiore comunicazione e connessione tra pazienti e operatori sanitari
- percezione di un maggior livello di assistenza
- ottimizzazione del trattamento per migliorarne i sintomi clinici ma anche la qualità della vita (QoL)
- empowerment del paziente: rafforzamento dell'autocoscienza e dell'autonomia nell'affrontare problemi derivanti dal decorso fluttuante della malattia
- colmare le lacune di accesso alle cure nelle aree remote e poco servite

L'attività di telemedicina verrà implementata, nel corso del 2025 e sottoposta a monitoraggio nel 2026 e 2027

Diffusione dell'informazione a MMG e PLS

Nel corso del 2025 è previsto l'avvio di una specifica iniziativa formativa per favorire la diffusione del PDTA elaborato dal Gruppo regionale di coordinamento della Rete CP lo scorso anno e in via di pubblicazione (evento formativo in presenza e aziendale tramite eventi formativi nelle singole AFT).

Creazione di una rete organizzativa su base geografica

- o Sono già state individuate le aree territoriali afferenti alle singole strutture di CP che coincidono con i Distretti Sanitari aziendali
- o È stata strutturata la rete locale di cure palliative dell'adulto. Necessario implementare il personale dedicato per rendere le strutture operative sulle 24 ore
- o La rete di cure palliative e terapia del dolore pediatrica è operativa. Nel corso del 2026 – 2027 si procederà alle azioni di omogeneizzazione dei percorsi (emanazione del PDTA regionale per la gestione del paziente pediatrico in cure palliative, attività formativa e di coordinamento correlate)

- o Progetto per allineare i data base elettronici (cartella distretto / G2)

Attività ambulatoriale

A partire dal 2025 dovrà essere assicurata una progettualità regionale per lo sviluppo e il potenziamento dell'offerta ambulatoriale per la valutazione di persone con bisogni di CP in particolare assicurando in tutte le Aziende la disponibilità iniziale di almeno 3 ore/die per 5 giorni /settimana almeno ogni 300.000 abitanti.

Programmi di formazione per il personale da dedicare alla Rete di Cure Palliative

È stato avviato nel 2024 ed è attualmente attivo il programma formativo regionale pluriennale rivolto ad operatori sanitari regionali, che persegue l'obiettivo di assicurare l'acquisizione di conoscenze di base sulle CP (n. 14 edizioni complessive) per assicurare la formazione di circa **350 operatori sanitari regionali** entro il 2027.

Coinvolgimento delle Aziende sanitarie

Nel corso del 2025 verrà portata a compimento l'assegnazione di 500.000 € finalizzati all'acquisto di beni e servizi utili allo sviluppo delle CP a livello territoriale.

L'attività formativa pluriennale avviata nel corso del 2024 e finalizzata alla diffusione dell'informazione e delle conoscenze del modello organizzativo della Rete CP FVG per medici, infermieri e fisioterapisti, dall'anno in corso sarà implementata anche a livello locale: ogni Azienda avvierà 1 edizione del corso.

Le attività in fase di riprogettazione riguardano:

- l'aggiornamento e revisione della sezione del sito internet dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS) [Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute](#) dedicata alla Rete Cure Palliative regionale [Rete dolore e cure palliative - ARCS](#) al fine di facilitare la diffusione e conoscenza di documenti e informazioni sulle attività specifiche della Rete;
- la revisione e facilitazione delle modalità di accesso delle persone alle CP - revisione dei percorsi e delle indicazioni operative;
- la strutturazione di programmi di cura/protocolli per la continuità della presa in carico del paziente tra la Rete di Cure Palliative e le Strutture ospedaliere: verrà data indicazione alle Aziende regionali di strutturare i protocolli Aziendali per la continuità della presa in carico.

Diffusione dell'informazione ai cittadini

Nel corso del 2024 è stato organizzato un evento regionale aperto sia agli operatori sanitari che alla cittadinanza per favorire le informazioni e le conoscenze sull'organizzazione della rete CP in FVG; il Convegno dal titolo "*Le cure palliative della persona adulta in Friuli Venezia Giulia: quale modello di cura?*" è stato effettuato in data 11 novembre 2024.

Oltre alla revisione e aggiornamento della sezione del sito internet dell'ARCS di cui al capitolo precedente, è prevista nel corso del 2026 – 2027, la produzione e diffusione di materiale informativo ad uso della cittadinanza per ampliare le informazioni e le conoscenze sulle Cure Palliative.

Monitoraggio

Gli indicatori definiti a livello nazionale (Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) – Progetto Bersaglio) e i PDTA regionali sono monitorati in maniera sistematica a partire dalle base dati provenienti dagli applicativi in utilizzo alle Aziende Sanitarie.

È prevista la realizzazione del cruscotto ai fini di rendere automatico il monitoraggio degli indicatori e di permetterne la visualizzazione ai membri del Coordinamento Regionale della rete clinica in un'ottica di trasparenza e *benchmarking*.

Di seguito gli indicatori di attività e di processo oggetto di monitoraggio a livello regionale (in allegato 3, il dettaglio informativo per singolo indicatore già riportato nel PDTA regionale).

Indicatori di attività

- N. deceduti per causa oncologica assistiti dalla Rete di CP / N. deceduti per causa di tumore (target 35%) (NSG D30Z)
- N. e % pazienti totali, e suddivisi tra oncologici e non oncologici assistiti dalla Rete di CP
- N. e % pazienti oncologici deceduti con CP erogate a domicilio sul totale dei deceduti oncologici (Bersaglio C28.1.1)
- N. annuo di giornate di CP erogate a domicilio per malati con patologia oncologica.
- N. annuo di giornate di CP erogate a domicilio per malati con patologia non oncologica.
- Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore (NSG D31C)

Indicatori di processo

- % di ricoveri Hospice con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice \leq a 3 giorni. (Bersaglio C28.2)
- % di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice \leq 3 giorni. (Bersaglio C28.2B)
- % di ricoveri Hospice di malati con patologia non oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice \leq 3 giorni.
- N. di ricoveri di malati con patologia oncologica per i quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni / N. di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica (\leq 20%). (NSG D32Z)
- N. di ricoveri di malati con patologia non oncologica per i quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni / N. di ricoveri in Hospice di malati con patologia non oncologica.
- N. di ricoveri di malati con qualsiasi patologia per i quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni / N. di ricoveri in Hospice di malati con qualsiasi patologia.
- N. e % di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero \geq 30 gg. (Bersaglio C28.3)
- N. e % di ricoveri Hospice di malati con patologia non oncologica con periodo di ricovero \geq 30 gg.
- N. e % di ricoveri Hospice di malati con qualsiasi patologia con periodo di ricovero \geq 30 gg.

Allegato 1

Piano di potenziamento Rete CP – Cronoprogramma Interventi e azioni 2025 – 2027



MACROAREA	AZIONI PREVISTE	Anno 2025	Anno 2026	Anno 2027
Accreditamento della Rete CP	Definizione del regolamento di accreditamento	X		
	Avvio procedure di accreditamento della rete		X	
	Completamento delle procedure di accreditamento della rete			X
Attuazione standard ministeriali (DM 77/2022; DGR 2024/2022) -1 Unità di Cure Palliative domiciliari ogni 100.000 abitanti con offerta sulle 24 ore 7/7gg - Hospice: 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti	Implementazione dell'offerta regionale DGR /2024 "Linee di gestione Enti SSR 2025" definiscono gli obiettivi aziendali: • Attivazione 13 UCP dom di cui 1 pediatrica • Attivazione 122 PL Hospice di cui 4 pediatrici	X	X	X
	Verifica del fabbisogno di personale per operatività UCP dom sulle 24 ore 7/7	X	X	
	Programmazione delle attività di implementazione del personale		X	X
Identificazione di strumenti standardizzati per garantire la tracciabilità e la trasparenza delle prestazioni e implementazione e adeguamento dei sistemi informativi afferente al sistema cartella territoriale, in integrazione alle attività previste per le cure domiciliari (cfr POR ADI DGR 745 del 12 maggio 2023) e Rafforzamento della collezione, elaborazione e produzione di dati a livello locale (obiettivo PNRR missione 6 M6C2 SI 13223)	Implementazione del percorso del paziente con bisogno di cure palliative (PDTA regionale)	x		
	Avvio cartella territoriale con relativo flusso SIAD	X		
	Definizione dei criteri per l'identificazione delle prestazioni erogate nel setting ambulatoriale	X		
	definizione della procedura, relativa alla modalità di richiesta di valutazione per CP tra un setting e l'altro e rendicontazione dell'attività (COT)	X	X	
	Implementazione di strumenti di telemedicina per avvio attività di televisita, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio	X	X	X
	Avviare progetto per strutturare estrazione automatica dei dati della cartella clinica Hospice ai fini della generazione del flusso		X	
	Mappatura dei requisiti del flusso ministeriale sull'applicativo gestionale identificato dalla regione	X		
	Allineamento dei dati immessi da tutte le strutture con la banca dati regionale	X	X	X
Realizzazione percorsi formativi regionali		X	X	

Fornitura di farmaci classificati dall'AIFA come OSP e farmaci in Fascia C, garantita attraverso una procedura formalizzata	Definizione di una procedura unica regionale sull'utilizzo dei farmaci H OSP per le cure palliative sul territorio basato sul documento di indirizzo regionale DGR 2051/2024 "Linee di indirizzo regionali per l'impiego dei medicinali nella continuità ospedale territorio e somministrazione farmaci h-Osp in assistenza residenziale e domiciliare"	Progettazione documento specifico per CP a domicilio		
	Trasmissione del documento alle Aziende		X	
	Formazione aziendale sulla gestione della fornitura di farmaci al domicilio		X	X
Percorso di cura integrato per la presa in carico (PIC) del paziente adulto in Cure Palliative	Formalizzazione del PDTA "La presa in carico clinico-assistenziale della persona in Cure Palliative in FVG"	X		
	Formazione aziendale su PDTA e percorso di cura	X	X	X
	Formalizzazione dell'attività di consulenza dei professionisti delle cure palliative per i pazienti ricoverati nei PO.		X	
Consolidamento della rete di cure palliative	Verifica sullo stato di avanzamento delle attività attraverso incontri periodici della rete di cure palliative	X	X	X
	Sviluppo delle attività presso il setting per acuti, anche attraverso la proposta di nuovi modelli organizzativi di integrazione	X	X	
Rete cure palliative pediatriche	Costituzione comitato di Coordinamento della Rete di terapia del dolore e CPP	X		
	Elaborazione e formalizzazione del piano della rete CPP		X	
	Definizione dei requisiti di accreditamento della rete	X		
	Avvio delle procedure di accreditamento della rete		X	
	Definizione dei criteri di eleggibilità alle CPP e dei livelli di complessità per l'individuazione dei servizi per la presa in carico		X	
	Definizione delle modalità e degli ambiti di collaborazione con le reti di Cure Palliative e di terapia del dolore dell'adulto		X	X
	Definizione modalità per garantire reperibilità condivisa h 24 7 gg su 7	X	X	
	Definizione dei criteri di codifica delle prestazioni erogate alla popolazione pediatrica		X	

PDTA del paziente pediatrico in cure palliative	Formalizzazione del PDTA "La presa in carico clinico-assistenziale del minore in Cure Palliative in FVG"		X	
	Formazione sul Percorso Integrato di Cura pediatrico	X	X	X
Monitoraggio	Verifica di applicabilità del panel di indicatori identificati nel PDTA CP adulto e eventuale adeguamento dei flussi informativi necessari	X		
	Realizzazione del prototipo del cruscotto di monitoraggio (QLIK)	X		
	Messa a regime dei flussi informativi e del cruscotto di monitoraggio		X	
	Verifica dei dati		X	
Formazione	Il piano di formazione regionale prevede un aggiornamento annuale sulla base delle proposte fornite dalla rete	X	X	X
	Formazione regionale pluriennale (2024 – 2027) per operatori sanitari per la presa in carico del paziente nell'ambito delle attività strategiche del Piano Oncologico Regionale	X	X	X
Risorse umane	Definizione degli standard, anche ai fini dell'accreditamento. Assegnazione di risorse professionali infermieristiche dedicate in almeno 1 UCP dom/Azienda	X	X	X
	Implementazione degli standard di attività ambulatoriale: avvio di almeno 3 ORE / die per 5 giorni / settimana ogni 300.000 abitanti		X	X

Allegato 2

Programma formativo regionale per operatori sanitari: 1^a edizione (a. 2024)

 ARCS Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute		 REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA		Programma Evento Codice evento: ARCS_24109/1		Pagina: 1 di 2	
Titolo evento: QUALI COMPETENZE PER LA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA E DELLA FAMIGLIA IN CURE PALLIATIVE?							
21/11/2024							
08:30 - 09:30	Presentazione corso e obiettivi formativi L'organizzazione sanitaria territoriale Serie di relazioni su tema preordinato Docenti/Relatori: CALCI MARIO; PREZZA MARISA, CONTE MARIA ANNA						
09:30 - 10:30	L'organizzazione territoriale e la rete CP in FVG Serie di relazioni su tema preordinato Docenti/Relatori: CALLIGARIS MARTA; CONTE MARIA ANNA						
11:00 - 11:30	Medicina e Cure palliative – Scuola di specializzazione (UNITS) Serie di relazioni su tema preordinato Docenti/Relatori: GENERALI DANIELE						
11:30 - 13:00	La ricerca in Cure Palliative Serie di relazioni su tema preordinato Docenti/Relatori: CHIAPPINOTTO STEFANIA						
14:00 - 17:30	Le competenze formative nelle Cure Palliative Serie di relazioni su tema preordinato Docenti/Relatori: SUTER NICOLETTA						
28/11/2024							
08:30 - 10:30	Bisogni psicosociali del paziente e della famiglia Serie di relazioni su tema preordinato Docenti/Relatori: RUCLI MARZIA						
11:00 - 12:30	Strumenti trasversali di supporto psicologico Serie di relazioni su tema preordinato Docenti/Relatori: RUCLI MARZIA						
13:30 - 16:00	La gestione "clinica" del paziente nel fine vita Serie di relazioni su tema preordinato Docenti/Relatori: CALLIGARIS MARTA; CONTE MARIA ANNA						
05/12/2024							
08:30 - 10:30	Gestire incontro e dialogo con paziente e familiari Serie di relazioni su tema preordinato Docenti/Relatori: CAVADA MARIA LUISA; FINK IRMGARD						
11:00 - 13:00	Saper valutare la qualità di vita della persona e della famiglia in CP Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto Docenti/Relatori: CAVADA MARIA LUISA; FINK IRMGARD						
14:00 - 18:00	Il valore del team: relazione e gestione dei conflitti Role playing Docenti/Relatori: CAVADA MARIA LUISA; FINK IRMGARD						
12/12/2024							
08:30 - 11:00	Modello organizzativo nelle Cure Palliative Serie di relazioni su tema preordinato						
Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute - Sede legale: Via Pozzuolo, 330 - 33100 Udine - Cod. Fisc./P.IVA 02948180308							

	Docenti/Relatori: PERUSELLI CARLO
11:30 - 13:00	Linee di attività della Rete regionale CP – il modello di cura FVG Serie di relazioni su tema preordinato Docenti/Relatori: DE FUSCO CARMELA; ANTONIONE RAFFAELLA
14:00 - 17:00	Il dibattito bioetico nelle Cure Palliative Serie di relazioni su tema preordinato Docenti/Relatori: FURLAN ENRICO
17:00 - 17:30	Test di valutazione- Chiusura percorso formativo Verifica dell'apprendimento (verifiche scritte) Docenti/Relatori: CALCI MARIO, PREZZA MARISA

Programma Edizione generato il 18/10/2024 11:28

Allegato 3

Schede Indicatori

Numero deceduti per causa oncologica assistiti dalla rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore (NSG D30Z)

Indicatore

Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice/numero deceduti per causa di tumore

Razionale

L'indicatore esprime il numero di persone decedute a domicilio o in Hospice nel corso di una presa in carico da parte della Rete delle cure palliative. L'obiettivo è quello di misurare l'efficacia della Rete nella presa in carico dei pazienti terminali fino al termine della loro vita.

Numeratore

Σ assistiti in Hospice con assistenza conclusa con decesso (Motivo conclusione valorizzato con 6) e tipologia di utente oncologico + Σ Assistiti in cure palliative domiciliari con assistenza conclusa per decesso (*Motivo conclusione* valorizzato con 3) e esenzione per tumore. Assistenza relativa allo Stato Terminale Oncologico valorizzata con 1 (bisogno presente).

Denominatore

Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili.

Note

Non disponendo del Flusso NSIS riguardante l'attività dell'Hospice né del Flusso SIAD sulle cure domiciliari, il numeratore viene stimato considerando rispettivamente la tipologia di utenza "oncologica" dal database dell'Hospice e i pazienti in carico alle cure palliative domiciliari con esenzione per tumore.

Fonte

Base dati Hospice, ISTAT – dati di mortalità e mortalità per causa, ADI-Servizio di cure palliative domiciliari e Esenzioni ticket

Cutoff

> 35%

Numero di pazienti totali assistiti dalla rete di cure palliative

Indicatore

Numero di pazienti totali assistiti dalla rete di cure palliative

Razionale

L'indicatore esprime il numero di persone in carico alla rete di cure palliative a domicilio o in Hospice.

Numeratore

Σ assistiti in Hospice + Σ Assistiti in cure palliative domiciliari

Note

Fonte

Base dati Hospice, ADI-Servizio di cure palliative domiciliari e Esenzioni ticket

Numero e percentuale di pazienti oncologici assistiti dalla rete di cure palliative

Indicatore

Numero di pazienti oncologici assistiti dalla rete di cure palliative e percentuale sul totale dei pazienti assistiti dalla rete cure palliative

Razionale

L'indicatore esprime il numero di pazienti oncologici in carico alla rete di cure palliative a domicilio o in Hospice.

Numeratore

Σ assistiti in Hospice per tipologia di utente oncologico + Σ Assistiti in cure palliative domiciliari con esenzione per tumore

Denominatore

Totale dei pazienti assistiti dalla rete cure palliative

Note

Per i pazienti oncologici: non disponendo del Flusso NSIS riguardante l'attività dell'Hospice né del Flusso SIAD sulle cure domiciliari, il numeratore viene stimato considerando rispettivamente la tipologia di utenza "oncologica" dal database dell'Hospice e i pazienti in carico alle cure palliative domiciliari con esenzione per tumore.

Fonte

Base dati Hospice, ADI-Servizio di cure palliative domiciliari e Esenzioni ticket

Numero e percentuale di pazienti non oncologici assistiti dalla rete di cure palliative

Indicatore

Numero e percentuale di pazienti non oncologici assistiti dalla rete di cure palliative e percentuale sul totale dei pazienti assistiti dalla rete cure palliative

Razionale

L'indicatore esprime il numero di pazienti non oncologici in carico alla rete di cure palliative a domicilio o in Hospice.

Numeratore

Σ assistiti non oncologici in Hospice + Σ Assistiti non oncologici in cure palliative domiciliari

Denominatore

Totale dei pazienti assistiti dalla rete cure palliative

Fonte

Base dati Hospice, ADI-Servizio di cure palliative domiciliari e Esenzioni ticket

Percentuali di pazienti oncologici deceduti con cure palliative erogate a domicilio (C28.1.1)

Indicatore

Percentuali di pazienti oncologici deceduti con cure palliative erogate a domicilio

Razionale

L'obiettivo è misurare il numero di pazienti oncologici che sono seguiti dalla rete di cure palliative domiciliari.

Numeratore

Numero di deceduti a causa di tumore assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio

Denominatore

Numero di deceduti per malattia oncologica

Note

Non disponendo del Flusso NSIS riguardante il Flusso SIAD sulle cure domiciliari, il numeratore viene stimato considerando i pazienti in carico alle cure palliative domiciliari con esenzione per tumore.

Denominatore. Il numero di morti per malattia oncologica è calcolato come media dell'ultimo triennio disponibile delle schede di morte relative ai deceduti con causa ICD9 140-239.

Fonte

Schede di Morte, ADI-Servizio di cure palliative domiciliari e Esenzioni ticket

Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati con patologia oncologica

Indicatore

Numero medio di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati con patologia oncologica

Razionale

L'indicatore esprime il numero medio di giornate dedicate ai pazienti con patologia oncologica che fanno parte della rete di cure palliative erogate a domicilio.

Numeratore

Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati con patologia oncologica (*esenzione per tumore*) nell'anno di riferimento.

Denominatore

Numero di soggetti in carico alle cure palliative con patologia oncologica

Fonte

ADI-Servizio di cure palliative domiciliari e Esenzioni ticket

Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati con patologia non oncologica

Indicatore

Numero medio di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati con patologia non oncologica

Razionale

L'indicatore esprime il numero medio di giornate dedicate ai pazienti con patologia non oncologica che fanno parte della rete di cure palliative erogate a domicilio.

Numeratore

Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati con patologia non oncologica nell'anno di riferimento

Denominatore

Numero di soggetti in carico alle cure palliative con patologia non oncologica

Fonte

ADI-Servizio di cure palliative domiciliari e Esenzioni ticket

Percentuale di ricoveri in Hospice con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni (C28.2)

Indicatore

Percentuale di ricoveri in Hospice con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni

Razionale

L'obiettivo è quello di misurare la tempestività della presa in carico del paziente in Hospice.

Numeratore

Numero di ricoveri con tempo massimo di attesa fra Segnalazione del caso e ricovero in Hospice <= a 3 giorni

Denominatore

Numero di ricoveri con assistenza conclusa

Note

Numeratore. Numero di ricoveri con tempo massimo di attesa fra Segnalazione del caso e ricovero in Hospice <= a 3 giorni.

Denominatore. Numero di ricoveri con assistenza conclusa.

Data di Segnalazione = Data ricezione_richiesta

Fonte

Base dati Hospice

Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni (C28.2B)

Indicatore

Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in hospice <= 3 giorni.

Razionale

La presa in carico in Hospice dei pazienti oncologici terminali dovrebbe essere tempestiva. L'indicatore misura il numero di pazienti per i quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 3 giorni sul numero di pazienti ricoverati con assistenza conclusa. L'obiettivo dello standard nazionale è almeno il 40% (DM 43/2007).

Numeratore

Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra segnalazione del caso e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni

Denominatore

Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica con assistenza conclusa

Note

Non disponendo del Flusso NSIS riguardante l'attività dell'Hospice il denominatore viene stimato considerando la tipologia di utenza "oncologica" dal database dell'Hospice.

Fonte

Base dati Hospice

Cutoff

Fasce di valutazione

Valutazione pessima [27.00 - 44.00] ■

Valutazione scarsa [44.00 - 61.10] ■

Valutazione media [61.10 - 78.20] ■

Valutazione buona [78.20 - 95.30] ■

Valutazione ottima [95.30 - 100.00] ■

Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia non oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni

Indicatore

Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia non oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni

Razionale

L'indicatore misura il numero di pazienti per i quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 3 giorni sul numero di pazienti ricoverati con assistenza conclusa.

Numeratore

Numero di ricoveri di malati con patologia non oncologica con tempo massimo di attesa fra segnalazione del caso e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni

Denominatore

Numero di ricoveri di malati con patologia non oncologica con assistenza conclusa

Note

Data di Segnalazione = Data_ricezione_richiesta

Fonte

Base dati Hospice

Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica (NSG D32Z)

Indicatore

Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni / numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica.

Razionale

La lettura di questo indicatore mira a ricavare la percentuale dei ricoveri in Hospice di durata ritenuta congrua rispetto alle finalità e alle funzioni dell'Hospice per il malato oncologico. L'obiettivo è quello di ridurre il numero di ricoveri di durata inferiore a 7 giorni, fatti salvi i casi in cui si verifichi la continuità della cura dal domicilio all' Hospice.

Numeratore

Σ Ricoveri oncologici (*Data di dimissione - Data di ricovero*) + 1 \leq 7 nel periodo di riferimento

Denominatore

Σ Ricoveri oncologici

Note

Non disponendo del Flusso NSIS riguardante l'attività dell'Hospice, il denominatore viene stimato considerando la tipologia di utenza "oncologica".

Sono considerati tutti i ricoveri in Hospice per i quali la Data di dimissione sia relativa all'anno in analisi di pazienti usciti da un ricovero ospedaliero o provenienti dal domicilio e non in carico all'ADI.

Fonte

Base dati Hospice

Cutoff

< 25%

Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia non oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia non oncologica

Indicatore

N. di ricoveri di malati con patologia non oncologica per i quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni / N. di ricoveri in Hospice di malati con patologia non oncologica.

Razionale

L'obiettivo è quello di ridurre il numero di ricoveri di durata inferiore a 7 giorni, fatti salvi i casi in cui si verifichi la continuità della cura dal domicilio all'Hospice.

Numeratore

Σ Ricoveri non oncologici (*Data di dimissione - Data di ricovero*) + 1 \leq 7 nel periodo di riferimento

Denominatore

Σ Ricoveri non oncologici

Note

Sono considerati tutti i ricoveri in Hospice per i quali la Data di dimissione sia relativa all'anno in analisi di pazienti usciti da un ricovero ospedaliero o provenienti dal domicilio e non in carico all'ADI.

Fonte

Base dati Hospice

Numero di ricoveri in Hospice di malati con qualsiasi patologia, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in Hospice di malati con qualsiasi patologia

Indicatore

N. di ricoveri di malati con qualsiasi patologia per i quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni / N. di ricoveri in Hospice di malati con qualsiasi patologia

Razionale

L'obiettivo è quello di ridurre il numero di ricoveri di durata inferiore a 7 giorni, fatti salvi i casi in cui si verifichi la continuità della cura dal domicilio all'Hospice.

Numeratore

Σ Ricoveri (*Data di dimissione - Data di ricovero*) + 1 \leq 7 nel periodo di riferimento

Denominatore

Σ Ricoveri

Note

Sono considerati tutti i ricoveri in Hospice per i quali la Data di dimissione sia relativa all'anno in analisi di pazienti usciti da un ricovero ospedaliero o provenienti dal domicilio e non in carico all'ADI.

Fonte

Base dati Hospice

Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero ≥ 30 gg (C28.3)

Indicatore

Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero ≥ 30 gg.

Razionale

L'indicatore misura il numero di pazienti ricoverati in Hospice per patologia oncologica per i quali il periodo di ricovero è superiore o uguale a 30 giorni. L'obiettivo dello standard nazionale è fissato ad un valore $\leq 25\%$ (DM 43/2007). Attraverso il calcolo dell'indicatore si ricava la percentuale dei ricoveri in Hospice di durata ritenuta superiore rispetto alle finalità e alle funzioni dell'Hospice per il malato oncologico. L'obiettivo dello standard è quello di ridurre il numero dei ricoveri di durata superiore ai 30 giorni.

Numeratore

Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in Hospice \geq a 30 giorni

Denominatore

Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica

Note

Non disponendo del Flusso NSIS riguardante l'attività dell'Hospice il denominatore viene stimato considerando la tipologia di utenza "oncologica" dal database dell'Hospice.

Fonte

Base dati Hospice

Cutoff

Fasce di valutazione

- Valutazione pessima [30.00 - 25.00] ■
- Valutazione scarsa [25.00 - 20.00] ■
- Valutazione media [20.00 - 15.00] ■
- Valutazione buona [15.00 - 10.00] ■
- Valutazione ottima [10.00 - 0.00] ■

Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia non oncologica con periodo di ricovero ≥ 30 gg

Indicatore

Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero ≥ 30 gg.

Razionale

L'indicatore misura il numero di pazienti ricoverati in Hospice per patologia non oncologica per i quali il periodo di ricovero è superiore o uguale a 30 giorni. L'obiettivo dello standard è quello di ridurre il numero dei ricoveri di durata superiore ai 30 giorni.

Numeratore

Numero di ricoveri di malati con patologia non oncologica nei quali il periodo di ricovero in Hospice \geq a 30 giorni

Denominatore

Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia non oncologica

Fonte

Base dati Hospice

Percentuale di ricoveri Hospice di malati con qualsiasi patologia con periodo di ricovero ≥ 30 gg

Indicatore

Percentuale di ricoveri Hospice di malati con qualsiasi patologia con periodo di ricovero ≥ 30 gg.

Razionale

L'indicatore misura il numero di pazienti ricoverati in Hospice per qualsiasi patologia per i quali il periodo di ricovero è superiore o uguale a 30 giorni. L'obiettivo dello standard è quello di ridurre il numero dei ricoveri di durata superiore ai 30 giorni

Numeratore

Numero di ricoveri di malati con qualsiasi patologia nei quali il periodo di ricovero in Hospice \geq a 30 giorni

Denominatore

Numero di ricoveri in Hospice di malati con qualsiasi patologia

Fonte

Base dati Hospice

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE