

REGIONE
ABRUZZO



Piano di Potenziamento delle Cure Palliative in età Adulta e Pediatrica L. 38/2010

Aggiornamento 2025 REGIONE ABRUZZO

Sommario

Acronimi.....	3
Premessa.....	4
Riferimenti normativi nazionali	4
Riferimenti normativi e regolamentari dei flussi di area Cure Palliative.....	6
Riferimenti normativi e Linee di indirizzo - Regione Abruzzo.....	7
Il contesto epidemiologico	8
Stato di attuazione delle norme vigenti	9
Identificazione precoce dei bisogni di cure palliative.....	11
Stima del fabbisogno di cure palliative nell'adulto e nel bambino	14
L'organizzazione regionale delle cure palliative	17
Il Coordinamento Tecnico Regionale delle Cure Palliative dell'adulto e del bambino.....	17
Le Reti Locali di Cure Palliative	18
Le Cure Palliative come definite dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017.....	21
Le Cure Palliative come definite dal DM77/2022	21
Consulenza specialistica nelle degenze ospedaliere	21
Ambulatori di cure palliative	22
Finalità principali.....	22
Composizione dell'équipe.....	22
Attività clinico-assistenziali.....	22
Rete Cure palliative pediatriche – Nodo della Rete Locale di Cure Palliative	23
Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP-Dom) - Nodo della Rete Locale di Cure Palliative	25
Classificazione delle Cure Palliative Domiciliari.....	25
Assistenza Domiciliare nel contesto delle Cure Palliative	25
Requisiti di idoneità del domicilio	25
Dotazioni tecnologiche e organizzative delle équipe domiciliari	26
Parco mezzi aziendale adeguato	26
Sistema informatizzato di gestione e coordinamento.....	26
Sistema Informatizzato di Gestione e Coordinamento delle Cure Palliative.....	26
Obiettivo	26
Funzionalità del Sistema	26
Azioni Previste	27
Informatizzazione come leva strategica	27
Obbligo di Implementazione	27

La Telemedicina a supporto delle Reti Locali di Cure Palliative e Cure Palliative Pediatriche e Terapia del Dolore	27
Obiettivi di potenziamento delle UCP-Dom	27
Cure palliative residenziali (Hospice) – Obiettivi di potenziamento della presa in carico	28
La formazione del personale sanitario	29
Obiettivi formativi.....	29
Modalità di erogazione della formazione.....	29
Eventi formativi realizzati dalle Aziende Sanitarie Locali nell'anno 2025	29
Indicatori per il monitoraggio e indicatori NSG delle cure palliative.....	32
Requisiti di accreditamento delle reti	33
Risorse per la realizzazione del Piano di Potenziamento	34
Cronoprogramma	34

Acronimi

CDI	Cure Domiciliari Integrate
CIA	Coefficiente di Intensità Assistenziale
CP	Cure Palliative
CP-B	Cure Palliative-Base
CP-P	Cure Palliative-Pediatrie
CP-S	Cure Palliative-Specialistiche
CRCP	Coordinamento Regionale di Cure Palliative
GEA	Giornate di Effettiva Assistenza
MMG	Medico di Medicina Generale
NSG	Nuovo Sistema di Garanzia
PAI	Progetto Assistenziale Individuale
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PLS	Pediatra di Libera Scelta
RLCP	Rete Locale di Cure palliative
RRCP	Rete Regionale di Cure Palliative
RSA	Residenza Sanitaria Assistita
SICP	Società Italiana di Cure Palliative
SSR	Sistema Sanitario Regionale
TD	Terapia del Dolore
UCP-Dom	Unità di Cure Palliative Domiciliari

Premessa

La Legge 15 marzo 2010, n. 38, recante “*Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*”, rappresenta il primo quadro normativo organico in Italia dedicato alle cure palliative. Essa definisce tali cure come un insieme integrato di interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali rivolti alla persona malata e al suo nucleo familiare, con l’obiettivo di garantire una presa in carico attiva e globale del paziente affetto da una patologia ad evoluzione irreversibile e prognosi infausta, non più suscettibile di trattamenti specifici.

Le cure palliative sono rivolte a pazienti di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia, potendo difatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa per controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendone o attenuandone gli esiti di declino funzionale.

Le cure palliative si fondano su un approccio multidimensionale che considera la sofferenza fisica, psicologica, sociale e spirituale, e riconosce nella relazione di cura lo strumento più efficace per accompagnare il paziente nel suo percorso. L’Organizzazione Mondiale della Sanità le definisce come una componente essenziale della copertura sanitaria universale e una responsabilità etica dei sistemi sanitari. La *World Health Assembly*, nel 2021, ha ribadito il dovere degli Stati di garantire l’accesso equo e tempestivo a tali cure.

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, che aggiorna i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ha esteso l’applicazione delle cure palliative anche alle fasi iniziali delle malattie inguaribili ad evoluzione sfavorevole.

In questo contesto, il Piano regionale di potenziamento delle cure palliative in Abruzzo per gli anni 2025-2026 si propone di rafforzare e ampliare l’offerta assistenziale per adulti e bambini, attraverso:

- l’incremento delle prese in carico domiciliari di base, specialistiche e residenziali;
- la promozione della presa in carico precoce e della continuità assistenziale tra ospedale e territorio;
- l’aggiornamento delle linee di indirizzo regionali per la terapia del dolore e le cure pediatriche;
- la definizione di linee di indirizzo per le cure palliative nell’adulto;
- la formazione di personale dedicato e il monitoraggio costante della qualità dei servizi.

Il Piano si sviluppa nel rispetto delle normative vigenti, tra cui il DPCM 2017, il DM 77/2022 e la Legge 197/2022, e si configura come uno strumento strategico per garantire equità, appropriatezza e umanizzazione delle cure, in linea con i principi fondanti del Servizio Sanitario Nazionale.

Riferimenti normativi nazionali

Legge 39 del 26 febbraio 1999 - primo atto formale con il quale è stato previsto un programma nazionale per la creazione di strutture residenziali di cure palliative (hospice) in tutte le regioni italiane.

Decreto ministeriale 28 settembre 1999 - Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative (GU n. 55 del 7-3-2000).

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 20 gennaio 2000 – Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative (GU n. 67 del 21-3-2000)

Decreto 22 febbraio 2007, n. 43, Ministero della salute “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»” (GU Serie generale n. 81 del 6/4/2007)

Accordo 27 giugno 2007 - Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in materia di cure palliative pediatriche (Rep. Atti n. 138/CSR).

Accordo 20 marzo 2008 - Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente “Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche” (Rep. Atti n. 113/CSR)

Legge 15 marzo 2010, n. 38 recante “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”. (GU Serie Generale n.65 del 19-03-2010)

Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le PP.AA. Accordo 16 dicembre 2010 sulle 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. (Rep. atti n. 239/CSR) (GU n.13 del 18-01-2011)

Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, 25 luglio 2012 “Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 sulla proposta del Ministro della salute, di cui all'articolo 5 della legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore” (Rep. n. 151/CSR del 25 luglio 2012)

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014 (Rep. Atti n. 87/CSR) che individua le figure professionali competenti nel campo delle CP e terapia del dolore; prevede le strutture sanitarie coinvolte nelle suddette reti; definisce i contenuti minimi in termini di conoscenza, competenza e abilità per i professionisti operanti nelle reti.

Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 – Regolamento recante definizione degli standard strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera (GU n. 127 del 4-6-2015) - Estratto Allegato 1, art. 10. Continuità ospedale–territorio: previsione di completa attivazione degli hospice e assicurazione dell'accesso alle cure palliative specialistiche sul territorio da parte delle Regioni.

DM del 04/06/2015 - 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.

Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, 19 febbraio 2015 “Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie. Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131”. (Rep. N. 32/CSR)

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” (GU Serie generale n. 65 del 18/3/2017 - Suppl. Ordinario n. 15) Sintesi ed estratto Articoli n. 15 (Assistenza specialistica ambulatoriale), n.21 (Percorsi assistenziali integrati), n.22 (Cure domiciliari), n.23 (Cure palliative domiciliari), n.31 (Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita), n.38 (Ricovero ordinario per acuti).

Legge 22 dicembre 2017, n. 219 – “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento” (GU n.12 del 16-1-2018).

Decreto Ministeriale 10 dicembre 2019, n. 168 – Regolamento concernente la banca dati nazionale destinata alla registrazione delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) (GU n.13 del 17-1-2020)

Decreto rilancio - D.L. 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, nella legge 17 luglio 2020, n. 77, recante “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19” (GU n.128 del 19-5-2020). Estratto articolo 1 – Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale, comma 4: potenziamento delle cure domiciliari, anche CP e TD.

Accordo 27 luglio 2020 - Accordo, ai sensi dell’articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento “Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38” (Rep. Atti n. 118/CSR).

Accordo 27 luglio 2020 - Accordo ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38, sul documento “Accreditamento delle reti di terapia del dolore” (Rep. Atti n. 119/CSR).

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento “*Accreditamento della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, ai sensi della Legge 15 marzo 2010, n. 38*”. (Rep. Atti n. 30/CSR del 25 marzo 2021).

Legge n. 106 del 23/07/2021 “*Misure urgenti connesse all’emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali*”. Art. 35: misure per l’attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, al fine di assicurare, entro il 31 dicembre 2025, l’uniforme erogazione dei livelli di assistenza di cui ai citati articoli 23, 31 e 38, comma 2, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 in tutto il territorio nazionale.

Decreto 28 settembre 2021 “*Istituzione della scuola di specializzazione in medicina e cure palliative e introduzione del corso di cure palliative pediatriche nell’ambito dei corsi obbligatori delle scuole di specializzazione in pediatria*”. (GU Serie Generale n.301 del 20-12-2021)

Decreto 23 maggio 2022, n. 77 “*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*”. (GU Serie Generale n.144 del 22-06-2022).

Legge n. 197 del 29/12/2022 Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025. Art.1, Comma 83: “Invio di un piano annuale regionale di potenziamento delle cure palliative, al fine di raggiungere entro il 2028 il 90% della popolazione interessata. Presentazione e realizzazione del piano costituiscono adempimento regionale ai fini dell’accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato.

Riferimenti normativi e regolamentari dei flussi di area Cure Palliative

Decreto Ministeriale 17 dicembre 2008 - Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza domiciliare (GU n. 6 del 9-1-2009)

DM 06/06/2012 “*Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza erogata presso gli Hospice*” (GU Serie Generale n.142 del 20-06-2012)

DM 07/08/2023 Modifiche al decreto 17 dicembre 2008, recante: “*Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza domiciliare*”. (GU Serie Generale n.220 del 20-09-2023)

Le specifiche funzionali dei tracciati SIAD Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare sono state aggiornate nella versione 7.4 di aprile 2024. Il flusso informativo SIAD si è evoluto per consentire la rilevazione completa delle informazioni sugli assistiti caratterizzati dai diversi livelli di assistenza a domicilio (Cure domiciliari e UCPDOM – Cure palliative domiciliari) e permettere il monitoraggio dei target previsti dalla Componente 1 - Investimento 1.2 “Casa come primo luogo di cura e telemedicina” della Missione 6 del PNRR.

Riferimenti normativi e Linee di indirizzo - Regione Abruzzo

Legge Regionale 10 marzo 2008, n. 5 - *“Un sistema di garanzia per la salute “Piano Sanitario Regionale 2008 – 2010”* Cap. 5.5.2.2. La Rete delle cure palliative in accordo con il D.M. 28 settembre 1999

D.G.R. n. 616 del 12/09/2011 - *“Istituzione dei Gruppi di coordinamento per l'implementazione e la gestione della Rete regionale delle cure palliative e della Rete regionale della terapia del dolore, a norma della Legge 38 del 15 marzo 2010”*

Decreto del Commissario ad Acta n. 37/2012 - *“Attivazione strutture residenziali per l'erogazione delle cure palliative da parte delle aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo”*

D.G.R. n. 300/2012 - *“Integrazioni alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 616 del 12/09/2011 recante Istituzione dei Gruppi di Coordinamento per l'implementazione e la gestione della Rete regionale delle Cure palliative e della Rete regionale della Terapia del dolore, a norma della Legge 38 del 15 marzo 2010”*

Decreto del Commissario ad Acta n. 51/2012 del 11/10/2012 - *“Approvazione Linee guida regionali recanti Il malato terminale nella rete delle cure palliative: dall'ospedale al domicilio”,* che ha disciplinato la struttura in Rete delle cure palliative e ha indicato i compiti del coordinamento regionale e delle reti locali delle cure palliative

Decreto del Commissario ad Acta n. 66/2013 del 18/09/2013 - *“Definizione dei requisiti di accreditamento delle strutture che erogano prestazioni di hospice. Modifica allegato A al Decreto del Commissario Ad Acta n.55 del 26 ottobre 2012”*

Decreto del Commissario ad Acta n. 82 del 09/10/2013 - *“Approvazione linee guida regionali recanti: le cure palliative e la terapia del dolore nel bambino”*

Decreto del Commissario ad Acta n. 142 del 29/10/2014 - *“Recepimento dell'Accordo Stato Regioni CSR 87 del 10 luglio 2014 recante “Indirizzi per l'individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore”*

Decreto del Commissario ad Acta n. 7 del 11/02/2015 - *“Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia”*

Decreto del Commissario ad Acta n. 100 del 21 settembre 2016 recante *“Adozione del modello di cartella clinica informatizzata per Hospice e cure palliative domiciliari unitamente al modello di strumento di valutazione multidimensionale in cure palliative”*

D.G.R. n. 165 del 21/03/2018 - *“Modifica Deliberazione di Giunta Regionale n. 616 del 12/09/2011) avente ad oggetto “Istituzione dei Gruppi di Coordinamento per l’implementazione e la gestione della rete regionale delle cure palliative e della rete regionale della terapia del dolore, a norma della Legge 38 del 15 marzo 2010”*

D.G.R. n. 311 del 18/05/2018 - *“Decreto del Commissario ad Acta n. 51/2012 del 11/10/2012 di “Approvazione Linee guida regionali recanti Il malato terminale nella rete delle cure palliative: dall’ospedale al domicilio” – Adeguamento al DPCM 12 gennaio 2017 – Art. 23”*

D.G.R. n. 661 del 22/10/2021 - Recepimento Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento *“Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della legge 15 marzo 2010 n. 38”*- (Rep. atti n. 118/CSR del 27 luglio 2020)

D.G.R. n. 689 del 02/11/2021 di approvazione della disciplina regionale per la certificazione dei requisiti in possesso dei medici in servizio nelle reti dedicate alle cure palliative.

D.G.R. n. 175 del 04/04/2022 - *“Recepimento accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante “Accreditamento della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, ai sensi della legge 15 marzo 2010 n. 38 (Rep. atti n. 30/CSR del 25 marzo 2021)”*

D.G.R. n. 176 del 04/04/2022 - Recepimento dell’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante *“Accreditamento delle reti di terapia del dolore”* (Rep. Atti n. 119/CSR del 27 luglio 2020)

D.G.R. 773/22 del 13/12/2022 - Recepimento del D.M. 77/2022 - approvazione del *“Piano dell’assistenza territoriale della Regione Abruzzo”*, finalizzato all’accesso alle risorse di cui alla Missione 6 - Componente 1, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

D.G.R. n. 532 del 30/08/2023 - *“Piano di potenziamento delle cure palliative – L. 38/2010 - Regione Abruzzo”*

D.G.R. n. 13 del 08/01/2024 - *“Coordinamento tecnico regionale delle cure palliative dell’adulto e del bambino adeguamento agli accordi stato regioni n. 118/CSR/2020 e n. 30/CSR/2021)”, aggiornamento della composizione del Coordinamento regionale per le cure palliative e ricostituzione del Coordinamento regionale per le cure palliative*

D.G.R. n. 813 del 03/12/2024 - *“Cure Palliative - Linee di Indirizzo per la Costituzione dei Coordinamenti Locali – Aggiornamento DCA 51/2012”.*

D.G.R. n. 952 del 30/12/2024 recante *“Piano di potenziamento delle Cure Palliative in età adulta e pediatrica per il triennio 2024-2026 – L. 38/2010”.*

Il contesto epidemiologico

Secondo i dati ISTAT, al 1° gennaio 2025 la popolazione residente nella Regione Abruzzo ammonta a 1.268.430 individui, mentre la stima per il 1° gennaio 2025 si attesta intorno a circa 1.281.000 abitanti. Escludendo la fascia pediatrica 0-13 anni, che conta circa 132.978 minori, la popolazione adulta residente è stimata intorno a 1.135.452 individui.

Il potenziale target di pazienti adulti destinatari di una presa in carico in cure palliative è compreso nell'intervallo tra le 11 mila e le 13,4 mila persone (D.G.R. 532/2023); il dato è coerente con quello che stima, per l'Italia, il fabbisogno di cure palliative nella popolazione adulta in circa l'1–1,4% dell'universo della popolazione. L'OMS stima che in Italia mediamente 293.000 persone necessitano ogni anno, nel fine vita, di cure palliative: di esse, il 60% è affetto da patologie croniche degenerative non oncologiche e il 40% da patologie oncologiche.

Le cure palliative, sin dalla loro nascita, sono state incentrate sul trattamento dei pazienti oncologici, mentre negli ultimi anni si registra un ampliamento delle prese in carico anche per diagnosi non oncologiche, quali malattie cardiovascolari (38,47%), malattia polmonare ostruttiva cronica (10,26%), HIV/AIDS (5,71%), diabete mellito (4,59%), malattia renale (2,02%), Alzheimer e altre demenze (1,65%), cirrosi epatica (0,70%) e malattia di Parkinson (0,48%)¹.

Secondo dati Istat, la popolazione pediatrica 0-13 nella Regione Abruzzo conta 132.978 unità al 1° gennaio 2025; è invece pari a 180.184 il numero di minori (0-17) residenti. I numeri più recenti di letteratura evidenziano che il bisogno di CPP specialistiche è in continuo aumento, con incidenza stimabile in 18 minori su 100.000 abitanti (3 minori/anno ogni 100.000 con patologia oncologica e 15 con patologia non oncologica), con un tasso di mortalità annua di circa 2 minori ogni 100.000 abitanti. Una possibile stima dei bisogni di CPP specialistiche per la Regione Abruzzo è di circa 229 minori/anno.

Più ampio è certamente il bisogno di CPP di base e generali, che risulta essere compreso fra 34-54 minori/100.000 abitanti/anno.

Negli ultimi anni è in corso un progressivo aumento del numero di minori con necessità di sostegno intensivo in quanto affetti da malattie inguaribili o con bisogni di CPP specialistiche. Si tratta di neonati, bambini, adolescenti e giovani adulti con patologie complesse e senza possibilità di guarigione, con insufficienza d'organo multiple e frequenti problemi cognitivi e/o neuromotori, cui si aggiungono crescenti necessità del supporto con dispositivi salvavita. Lo spettro di patologie potenzialmente eleggibili è ampio ed eterogeneo (patologie neurologiche, metaboliche, muscolari, cardiologiche, respiratorie, malformative, anomalie cromosomiche – genetiche), in un quadro epidemiologico ove la patologia oncologica rappresenta una quota spesso inferiore al 10-15% dei casi.

Stato di attuazione delle norme vigenti

In questa sezione sono descritte le azioni svolte dalla Regione Abruzzo e dalle Aziende Sanitarie Locali in ottemperanza alle norme vigenti in materia di cure palliative.

Legge Regionale 10 marzo 2008, n. 5 *“Un sistema di garanzia per la salute “Piano Sanitario Regionale 2008 – 2010” nei capitoli 5.5.2.2. “La Rete delle cure palliative” ha posto le basi per la costituzione di un sistema di offerta nel quale “la persona affetta da malattia inguaribile, non necessariamente neoplastica, e la sua famiglia possono essere guidati e coadiuvati nel percorso assistenziale tra il proprio domicilio, le strutture di degenza e le strutture residenziali”*. La legge ha introdotto, in accordo con il D.M. 28 settembre 1999, il concetto di rete intesa come aggregazione funzionale ed integrata di servizi. Tra gli argomenti trattati vi sono la stima del bisogno e della domanda di assistenza ai malati terminali, lo stato dell'offerta, gli standard qualitativi e quantitativi e le Cure Palliative pediatriche.

Con D.G.R. n. 616 del 12/09/2011, poi integrata con D.G.R. n. 300/2012, sono stati istituiti i Gruppi di coordinamento per l'implementazione e la gestione della Rete regionale delle cure palliative e della Rete

¹ Cure Palliative e IFeC, curato da Fnopi e Sisp-Società Italiana di Cure Palliative (2023).

regionale della terapia del dolore, a norma della legge 38 del 15 marzo 2010. Il Gruppo di Coordinamento Regionale per la Rete delle Cure Palliative viene identificato quale organismo tecnico per la formalizzazione di un programma per il perseguimento degli obiettivi fondamentali così come esplicitati nella Legge 38.

Il Decreto del Commissario ad Acta n. 51 del 11/10/2012 di *“Approvazione Linee guida regionali recanti Il malato terminale nella rete delle cure palliative: dall'ospedale al domicilio”* ha disciplinato la struttura in Rete delle Cure Palliative, indicando le funzioni del coordinamento regionale e delle Reti Locali delle Cure Palliative e il modello organizzativo regionale, stabilendo inoltre i criteri di arruolamento, le modalità di accesso, l’inserimento dei pazienti nei *setting* assistenziali, i requisiti strutturali e tecnologici, il fabbisogno di personale, i sistemi informativi, la formazione del personale e la modulistica unica regionale per l’accesso alla Rete di Cure Palliative.

Il Decreto del Commissario ad Acta n. 82 del 09/10/2013 di *“Approvazione linee guida regionali recanti: le cure palliative e la terapia del dolore nel bambino”* ha individuato le funzioni del Gruppo di Coordinamento secondo l’Accordo Conferenza Stato Regioni del 16/12/2010, la struttura e le funzioni della Rete Locale delle Cure Palliative Pediatriche, i nodi della rete e *setting* assistenziali e i criteri di arruolamento. Essa ha inoltre definito i percorsi di presa in carico, i requisiti organizzativi strutturali e tecnologici, i sistemi informativi e di qualità dell’assistenza, le tariffe, la formazione del personale e l’informazione del cittadino.

Il Decreto del Commissario ad Acta n. 7 del 11/02/2015 ha approvato il *“Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia”*.

Con Decreto del Commissario ad Acta n. 100 del 21 settembre 2016 recante *“Adozione del modello di cartella clinica informatizzata per Hospice e cure palliative domiciliari unitamente al modello di strumento di valutazione multidimensionale in cure palliative”* è stato approvato il modello di cartella clinica da informatizzare.

Con i menzionati documenti la Regione ha inteso disciplinare i percorsi di Cure Palliative nell’adulto e di Cure Palliative e Terapia del Dolore pediatriche.

Con la D.G.R. n. 165 del 21/03/2018, la Regione Abruzzo ha modificato la D.G.R. n. 616 del 12/09/2011² integrando la composizione dei Gruppi di Coordinamento Regionale della Rete delle Cure Palliative e della Rete di Terapia del Dolore.

La D.G.R. n. 311 del 18/05/2018 ha quindi adeguato il Decreto del Commissario ad Acta n. 51/2012 al DPCM 12 gennaio 2017 – Art. 23”.

Con la D.G.R n. 661 del 22/10/2021 ha recepito l’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento *“Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della legge 15 marzo 2010 n. 38 - Rep. Atti n. 118/CSR del 27 luglio 2020”*, con cui è stato avviato il procedimento di aggiornamento delle vigenti procedure di accreditamento delle reti di cure palliative.

La D.G.R n. 175 del 04/04/2022 ha recepito l’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento *“Accreditamento della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, ai sensi della legge 15 marzo 2010 n. 38 (Rep. atti n. 30/CSR del 25 marzo 2021)”*; con D.G.R. n. 176 del 04/04/2022 è stato recepito l’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di

² D.G.R. n. 616 del 12/09/2011 *“Istituzione dei Gruppi di Coordinamento per l’implementazione e la gestione della rete regionale delle cure palliative e della rete regionale della terapia del dolore, a norma delle Legge 38 del 15 marzo 2010”*.

Bolzano sul documento recante "Accreditamento delle reti di terapia del dolore" (Rep. Atti n. 119/CSR del 27 luglio 2020).

La D.G.R. n. 13 del 08/01/2024 ha infine aggiornato il Coordinamento tecnico regionale delle cure palliative dell'adulto e del bambino con l'adeguamento ai sensi degli Agli Accordi Stato-Regioni n.118/CSR/2020 e n. 30/CSR/2021. Le funzioni assegnate al predetto coordinamento regionale sono state declinate *nelle linee guida "Il malato terminale nella rete delle cure palliative: dall'ospedale al domicilio"*.

La D.G.R. n. 952 del 30/12/2024, recante il *"Piano di potenziamento delle cure palliative in età adulta e pediatrica per il triennio 2024-2026"* ai sensi della L. 38/2010, aggiorna il precedente piano, estendendone l'efficacia al triennio 2024-2026.

Determinazione DPF010 / 58 del 26/06/2025 ad oggetto: *"Piano di potenziamento delle Cure Palliative in età adulta e pediatrica per il triennio 2024 - 2026 – adempimento anno 2025 servizio DPF010"*, con la quale sono state recepite le nomine dei referenti delle Reti Locali comunicate dalle quattro AA.SS.LL. della Regione Abruzzo.

Identificazione precoce dei bisogni di cure palliative

Riconoscere precocemente i bisogni di cure palliative, già alla comparsa dei primi segni e sintomi, significa offrire al paziente e alla sua famiglia un percorso di accompagnamento più umano, rispettoso e attento. Intervenire in tempo permette di evitare che la segnalazione alla Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) avvenga solo nelle fasi finali della malattia, quando il tempo è ormai limitato e le opportunità di sollievo sono ridotte. Una presa in carico tempestiva è un gesto di responsabilità e vicinanza, che restituisce dignità e qualità alla vita, anche nei momenti di maggiore vulnerabilità della persona.

La difficoltà nell'identificare in modo appropriato e tempestivo i pazienti con bisogni di cure palliative rappresenta uno dei principali ostacoli alla diffusione sia dell'approccio palliativo di base (*Primary Palliative Care*), sia delle cure palliative specialistiche.³

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità e in base alle evidenze più recenti della letteratura scientifica internazionale, il riconoscimento precoce dei bisogni palliativi consente di migliorare significativamente la qualità dell'assistenza, favorendo una pianificazione anticipata e condivisa delle cure.

Una corretta identificazione precoce permette di garantire a tutti i pazienti che ne necessitano i benefici delle cure palliative, attraverso:

- una gestione efficace dei sintomi;
- una rimodulazione appropriata della terapia farmacologica;
- una comunicazione chiara e sensibile;
- una pianificazione personalizzata e partecipata del percorso di cura.

È importante sottolineare che il riconoscimento precoce dei bisogni palliativi non coincide necessariamente con l'invio immediato alle cure palliative specialistiche. Come indicato dall'OMS già nel 2014, tale riconoscimento rappresenta un'opportunità per:

- ottimizzare la qualità della vita, attraverso una presa in carico integrata che risponda ai bisogni fisici, psicologici, spirituali e sociali del paziente e della sua famiglia;
- comunicare in modo adeguato la prognosi e offrire il supporto necessario per affrontare le implicazioni emotive e pratiche;

³ Gruppo di lavoro FCP-SICP "Complessità e Reti di Cure Palliative"

- accompagnare il paziente nel processo graduale di accettazione dell'inguaribilità;
- pianificare con consapevolezza e serenità le scelte future.

Le cure palliative (CP) nelle patologie non oncologiche non si differenziano, nella loro essenza, da quelle praticate nei pazienti oncologici. Infatti, la sostanziale sovrapposizione dei sintomi fisici tra malati oncologici e non oncologici, unitamente alla somiglianza dei bisogni psicologici, sociali e spirituali, rende l'approccio palliativo pienamente applicabile alle fasi avanzate e terminali di tutte le patologie cronico-degenerative.

Nei pazienti affetti da malattie croniche non oncologiche in fase di rapida progressione, risulta eticamente doveroso e clinicamente appropriato adottare cure orientate al miglioramento della qualità della vita, evitando il ricorso a terapie sproporzionate e potenzialmente futili. In tale contesto, è fondamentale avviare tempestivamente un percorso di cure palliative, il cui obiettivo principale è quello di garantire il benessere globale del malato e della sua famiglia, accompagnando al fine vita come ad un processo naturale.

Le cure palliative possono essere schematicamente distinte in due grandi categorie:

- Cure Simultanee (*Simultaneous Care*), integrate precocemente nel percorso terapeutico, in parallelo alle cure attive, con l'obiettivo di gestire i sintomi, sostenere il paziente e pianificare in modo condiviso le scelte future;
- Cure di Fine Vita (*End-of-Life Care*), focalizzate sulla fase terminale della malattia, quando le terapie attive non sono più appropriate e l'attenzione si concentra esclusivamente sul comfort, sulla dignità e sull'accompagnamento.

È importante sottolineare che tra cure simultanee e cure di fine vita non esiste una separazione netta, bensì un continuum assistenziale. Questo percorso è sostenuto dall'unicità dell'équipe specialistica dedicata, che include gli specialisti d'organo, i medici di medicina generale e i Pediatri di Libera Scelta, e si fonda sull'*advanced care planning*, ovvero sulla pianificazione anticipata e condivisa delle cure, in un'ottica di personalizzazione e rispetto dei valori del paziente.

Per promuovere una più ampia diffusione della presa in carico precoce dei pazienti con bisogni di cure palliative, è fondamentale il coinvolgimento attivo di tutti i professionisti sanitari. Questi devono essere adeguatamente formati e sensibilizzati, affinché siano in grado di riconoscere tempestivamente i bisogni palliativi e segnalarli in modo appropriato.

Un ruolo centrale è svolto dal Medico del ruolo unico di assistenza primaria (MMG) e dal Pediatra di Libera Scelta (PLS), figure chiave nel governo clinico del percorso assistenziale e nella garanzia della continuità delle cure. Il loro contributo è essenziale per l'attivazione precoce dell'approccio palliativo e per la pianificazione condivisa delle cure.

È altresì importante che tutti gli altri professionisti del Servizio Sanitario Regionale (SSR) adottino un atteggiamento proattivo, contribuendo attivamente al riconoscimento e alla gestione dei bisogni palliativi. Tra questi si annoverano:

- gli Specialisti ambulatoriali;
- i Medici di Pronto Soccorso;
- i Medici ospedalieri;
- gli Infermieri, compresi gli Infermieri di Famiglia e di Comunità (IF/C);
- i *Case Manager*;
- e tutti gli operatori delle professioni sanitarie coinvolti nel percorso di cura.

Solo mediante un'azione sinergica e coordinata tra tutte le figure professionali coinvolte sarà possibile assicurare un accesso equo, tempestivo e appropriato alle cure palliative, contribuendo in modo significativo al miglioramento della qualità della vita dei pazienti e dei loro familiari.

Tra i contesti assistenziali in cui è possibile intercettare precocemente i bisogni di cure palliative, il setting ospedaliero assume un ruolo strategico. In particolare, la Valutazione Multidimensionale in ambiente ospedaliero (UVMO) rappresenta uno strumento essenziale per la pianificazione proattiva di percorsi assistenziali graduali, flessibili e condivisi, assicurando la continuità tra ospedale e territorio.

Per ampliare la presa in carico dei pazienti con bisogni palliativi, è cruciale avviare il processo di identificazione precoce proprio all'interno delle strutture sanitarie in cui tali pazienti accedono con maggiore frequenza.

Tale processo può essere efficacemente attivato attraverso percorsi di formazione mirata rivolti al personale sanitario operante nei seguenti ambiti:

- Pronto Soccorso;
- Reparti di degenza ospedaliera con funzioni di valutazione multidimensionale;
- Strutture residenziali;
- Ospedali di Comunità;
- Case della Comunità;
- Punti Unici di Accesso (PUA).

Formare e sensibilizzare gli operatori dei diversi contesti assistenziali è una leva fondamentale per il riconoscimento precoce dei bisogni palliativi. Ciò permette di attivare tempestivamente percorsi di cura personalizzati, coerenti con i principi di continuità, integrazione e umanizzazione dell'assistenza.

Tra gli strumenti riconosciuti e validati dalla letteratura scientifica internazionale per l'identificazione dei bisogni palliativi negli adulti, i più diffusi e utilizzati sono:

- SPICIT (*Supportive and Palliative Care Indicators Tool*);
- *Karnofsky Performance Status*;
- NECPAL CCOMS-ICO;
- PPS (*Palliative Performance Scale*);
- PPI (*Palliative Prognostic Index*);
- PaP (*Palliative Prognostic Score*).

Tali strumenti permettono una valutazione sistematica e oggettiva della condizione clinica del paziente, orientando l'attivazione di percorsi di cure palliative, sia di base che specialistiche. Possono essere integrati con strumenti di triage clinico palliativo, utili per affinare ulteriormente la selezione dei pazienti e garantire un accesso appropriato e tempestivo alle cure.

Una modalità semplice e immediata per inquadrare il bisogno palliativo è rappresentata dalla cosiddetta "*Surprise Question*", ovvero: "Sarei sorpreso se questo paziente morisse entro i prossimi 12 mesi?" Se la risposta è "no, non sarei sorpreso", il paziente dovrebbe essere avviato a un percorso di cure palliative, di base o specialistiche, in base alla complessità dei bisogni rilevati.

Proposta di Scheda NECPAL Modificata per l'identificazione precoce del bisogno di cure palliative			
Uso territoriale e ospedaliero – MMG / Reparto / Servizi domiciliari			
STEP	Indicatore / Domanda	Presente?	Punteggio
 STEP 1 Domanda sorprendente	Ti sorprenderebbe se questo paziente morisse entro i prossimi 12 mesi?	☐ SÌ fine valutazione ☐ NO proseguire con la checklist- STEP 2	
 STEP 2 Checklist indicatori clinici di bisogno di cure palliative	Patologia cronica evolutiva avanzata (es. cancro, BPCO, scompenso cardiaco, SLA, demenza, IRC, ecc.)	☐ SÌ ☐ NO	2
	Declino funzionale progressivo (es. allettamento, ridotta mobilità, perdita peso, ridotta alimentazione)	☐ SÌ ☐ NO	1
	Performance Status < 50% (es. PPS o Karnofsky)	☐ SÌ ☐ NO	1
	≥ 3 ricoveri ospedalieri per la stessa patologia negli ultimi 6 mesi	☐ SÌ ☐ NO	2
	Sintomi fisici non controllati (es. dolore, dispnea, nausea, astenia, insonnia)	☐ SÌ ☐ NO	3
	Bisogni psicologici/sociali/spirituali rilevanti	☐ SÌ ☐ NO	1
	Esito Checklist	☐ NEGATIVO ☐ POSITIVO	
Punteggio	Se punteggio ≥ 5 → candidabile a presa in carico RLCP previa valutazione dell'équipe specialistica. Inviare segnalazione alle Cure Palliative della A.S.L. di riferimento.		

Stima del fabbisogno di cure palliative nell'adulto e nel bambino

La stima del fabbisogno di cure palliative nella popolazione regionale rappresenta un passaggio essenziale per una programmazione efficace e una corretta organizzazione degli interventi assistenziali. Quantificare questi bisogni consente di orientare le risorse, definire i modelli di presa in carico e garantire equità nell'accesso alle cure.

I profondi mutamenti demografici in corso stanno generando significative trasformazioni epidemiologiche. In particolare, il progressivo invecchiamento della popolazione è associato a un aumento dell'incidenza di patologie croniche degenerative, spesso caratterizzate da un'evoluzione lenta, complessa e potenzialmente fatale. Questo scenario impone una risposta coordinata, sistemica e multidisciplinare, capace di intercettare precocemente i bisogni palliativi, sia negli adulti che nei bambini, e di attivare percorsi di cura adeguati, personalizzati e sostenibili, in linea con i principi di equità, continuità e integrazione dell'assistenza.

Le trasformazioni in atto hanno già oggi importanti implicazioni per lo sviluppo delle cure palliative ed altre ne avranno in futuro, in quanto le persone anziane rappresentano attualmente più dei due terzi di tutti i pazienti assistiti dai servizi specialistici di cure palliative.⁴

Due documenti redatti e pubblicati in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità hanno contribuito a definire una stima più affidabile del fabbisogno di cure palliative nella popolazione. In particolare, il WHO-WPCA Atlas of Palliative Care indica che, in Europa, il bisogno di cure palliative può essere approssimato a partire dal dato di circa 560 decessi annui ogni 100.000 adulti residenti.

Di questi, secondo le stime europee:

- Il 60% riguarda persone affette da patologie non oncologiche, come malattie cardiovascolari, respiratorie, neurologiche e degenerative;
- Il 40% è riconducibile a patologie neoplastiche.

Questi dati offrono un riferimento fondamentale per la pianificazione dei servizi, evidenziando come il bisogno di cure palliative si estenda ben oltre l'ambito oncologico e coinvolga una vasta gamma di condizioni cliniche.

Negli ultimi decenni, i bisogni di assistenza palliativa nei neonati, bambini e adolescenti hanno subito un lento ma significativo cambiamento. Si è registrato un marcato incremento della prevalenza di minori affetti da malattie inguaribili e/o disabilità gravi. Questo fenomeno è strettamente correlato ai progressi della medicina e della tecnologia, che hanno contribuito a ridurre la mortalità neonatale e pediatrica, aumentando al contempo la sopravvivenza di pazienti pediatriche con patologie gravi e potenzialmente letali.

L'OMS ha proposto una stima del bisogno specifico di Cure Palliative Pediatriche nelle diverse aree del mondo: per quanto riguarda l'Europa, questo bisogno è stato quantificato in circa 20 bambini ogni 100.000 residenti con età inferiore ai 15 anni e che ogni anno muoiono con questo tipo di bisogni.

Le peculiarità biologiche, psico-relazionali, cliniche, sociali, etiche e spirituali del paziente pediatrico si manifestano con una tipologia e quantità di bisogni diversi rispetto all'età adulta, che richiedono modalità di presa in carico specifiche.

La Legge 197/2022 ha modificato la L. 38/2010 introducendo, per le Regioni e le Province autonome, l'obiettivo di copertura del 90% del fabbisogno di cure palliative, da raggiungere entro il 2028.

Il parere fornito ad Agenas dal Ministero della Salute - Comitato Tecnico Sanitario - Sezione O per l'attuazione dei principi contenuti nella Legge n. 38 del 15/03/2010, contiene i seguenti dati di scenario nazionale:

- prevalenza dei pazienti con bisogni di cure CP (popolazione adulta): 515.000 ca. – 721.000 ca. (1-1.4% della popolazione);
- incidenza dei pazienti con bisogni di CP nell'ultimo periodo di vita (popolazione adulta): 289.000 pazienti/anno ca. (stima OMS – 560 ogni 100.000 residenti adulti), di cui il 60% con malattie diverse dal cancro e il 40% con cancro;
- incidenza dei pazienti con bisogni di CP nel loro ultimo periodo di vita (% rispetto al numero totale di morti/anno): 72% -80% del totale.

Applicando il criterio della prevalenza (Comitato Tecnico Scientifico sezione O) basato sulla popolazione residente (persone con età ≥ 15 anni) si può stimare che la presa in carico da parte delle Cure Palliative Specialistiche, nell'ambito delle reti locali di Cure Palliative dovrebbe interessare circa 173.000 utenti/anno, pari a 335 ogni 100.000 residenti. Il restante bisogno di Cure Palliative deve essere gestito con il contributo delle cure primarie e delle strutture residenziali territoriali per anziani (es. RSA).

Con DGR 532 del 30 agosto 2023 la Regione Abruzzo ha approvato il Piano di Potenziamento delle Cure Palliative, nel quale ha stimato un target di lungo periodo (al 2028) di oltre 10 mila prese in carico palliative

⁴ Currow D.C. et al. "Population-based models of planning for palliative care in older people" Curr. Opin. Suppl. Palliative Care, 2017.

non specialistiche. In ragione del parere formulato dal Comitato Tecnico, il fabbisogno di prese in carico specialistiche allo stato attuale può essere stabilito a regime, per la Regione Abruzzo, in 4.291 PIC palliative adulto, da raggiungere entro il 2028, in setting domiciliare o in hospice.

Per quanto riguarda la popolazione pediatrica, la prevalenza è pari a 35-54 minori ogni 100.000 abitanti, di questi, si può stimare che circa 16 minori ogni 100.000 persone evidenziano bisogni di cure palliative specialistiche (per la regione Abruzzo pari a circa 200 unità).

Per raggiungere l'obiettivo dell'indicatore previsto dal DM 77/2022 di almeno 8 posti letto in hospice ogni 100 mila abitanti, considerando gli scenari demografici Istat sulla popolazione residente (che mostrano, per l'Abruzzo, una costante flessione tendenziale), è necessario considerare un incremento graduale fino ad almeno 100 posti letto entro il 2028, tenuto conto di un indice di rotazione attuale dei P.L. in hospice pari a 14/15.

Previsione crescita degli utenti presi in carico dalle cure palliative residenziali (Hospice)

Anno	2025	2026	2027	2028
Posti Letto hospice	70	80	90	100
Utenti previsti (indice di rotazione p.l. =14)	980	1.120	1.260	1.400

L'incremento della presa in carico residenziale contribuisce non solo al perseguimento degli obiettivi delineati dalla L. 197/2022, che modifica la L. 38/2010, ma anche al raggiungimento dei target previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in ambito domiciliare e residenziale per le cure palliative, oltre che al soddisfacimento dei seguenti indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG):

- **D30Z** - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore (CORE);
- **D31C** - Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore;
- **D32Z** 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.

Tali obiettivi, una volta contestualizzati nella realtà regionale, si concretizzano in una serie di interventi mirati volti a rafforzare l'assistenza palliativa sul territorio.

- Obiettivo DM n. 77/2022, da raggiungere entro giugno 2026:
 - équipe assistenziali multiprofessionali dedicate o specificatamente formate (UCPDOM) in numero almeno pari agli hospice attivi, per assicurare la continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7 per i pazienti in cure palliative domiciliari specialistiche;
 - 80 P.L. Hospice a livello regionale Abruzzo;
 - attivazione degli ambulatori di cure palliative;
 - accessibilità alle cure palliative nelle strutture per acuti che insistono sul territorio regionale, tramite équipe intraospedaliere dedicate o attività consulenziale da parte delle équipe territoriali.
- Obiettivi Legge 197/2022, da raggiungere entro dicembre 2028:
 - presa in carico da parte della RLCP di circa 4.291 pazienti adulti/anno sul territorio regionale (calcolato sulla prevalenza del bisogno nella popolazione adulta della regione Abruzzo);
 - presa in carico da parte della Rete di TD e CPP di 200 minori/anno (calcolato sulla prevalenza del bisogno sulla popolazione pediatrica della regione Abruzzo).

L'organizzazione regionale delle cure palliative

La Legge Regionale 10 marzo 2008, n. 5 *“Un sistema di garanzia per la salute “Piano Sanitario Regionale 2008 – 2010”* introduce il tema delle Cure palliative nello specifico Capitolo 5.5.2.2. *“La Rete delle cure palliative”* definisce la realizzazione della rete, in accordo con il processo iniziato a livello nazionale con il D.M. del 28 settembre 1999. Il capitolo sviluppa gli argomenti riguardanti la stima del bisogno e della domanda di assistenza ai malati terminali, lo stato dell'offerta al tempo e l'erogazione delle cure palliative a livello ospedaliero, in cui si sottolinea il ruolo chiave dell'integrazione ospedale territorio. Sono quindi stabiliti il razionale delle cure palliative nell'ambito domiciliare, il *setting* delle strutture residenziali hospice e gli standard qualitativi e quantitativi per l'assistenza palliativa. Il capitolo 5.5.2.2.1 prende in considerazione le cure palliative pediatriche, in conformità a quanto stabilito dall'Accordo Stato Regioni e PP.AA. del 27 giugno 2007, nonché le azioni e i programmi finalizzati a garantire ai minori le cure necessarie e il supporto alle famiglie.

Il Coordinamento Tecnico Regionale delle Cure Palliative dell'adulto e del bambino

Ai sensi dell'articolo 5, comma 2 della Legge 38/2010, *“Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”*, con D.G.R. n. 616 del 12/09/2011, successivamente integrata dalla deliberazione di Giunta Regionale n. 300 del 21 maggio 2012, la Regione Abruzzo ha istituito il Gruppo di Coordinamento Regionale per la Rete delle Cure Palliative.

In conformità a quanto previsto dalla normativa sopra richiamata, il Coordinamento RCP è affidato al suddetto Gruppo, con il compito di promuovere lo sviluppo e l'implementazione degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore (rep. Atti n. 239/CSR del 16.12.2010).

La D.G.R. n. 13 del 08/01/2024 ha provveduto all'adeguamento del Coordinamento Tecnico Regionale per le cure palliative dell'adulto e del bambino, ai sensi degli Accordi Stato-Regioni n. 118/CSR/2020 e n. 30/CSR/2021, riorganizzando la struttura e definendone la composizione come segue:

Coordinatore:

- Direttore Dipartimento Sanità;

Componenti:

- Dirigente pro tempore del Servizio regionale che ha competenza in materia di cure palliative;
- Dirigente pro tempore del Servizio regionale che ha competenza in materia di programmazione sanitaria;
- Dirigente pro tempore del Servizio regionale che ha competenza in materia di personale delle Aziende Sanitarie Locali e formazione;
- Dirigente pro tempore del Servizio regionale che ha competenza in materia di flussi informativi e informatizzazione;
- Direttore Generale dell'Agenzia Sanitaria Regionale – ASR Abruzzo o suo delegato;
- Referenti A.S.L. delle U.O. cui afferiscono le RLCP;
- Rappresentante regionale SICP – Società Italiana di Cure Palliative;
- Rappresentante regionale SIMG – Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie.

Il Coordinamento della RRCP coordina e promuove il processo di sviluppo delle cure palliative nei diversi contesti assistenziali: a domicilio, in hospice, nelle strutture residenziali sociosanitarie e nelle strutture ospedaliere, inclusi gli hospice collocati in ambito ospedaliero e comunque ricompresi nei LEA distrettuali.⁵ L'obiettivo è garantire approcci omogenei, continuità assistenziale ed equità di sistema su tutto il territorio regionale.

Il coordinamento nello specifico si occupa:

- del monitoraggio dello stato di attivazione delle reti locali, affidato all'Agenzia Sanitaria Regionale ASR;
- dello sviluppo del sistema informativo regionale sulle cure palliative;
- della definizione e monitoraggio di indicatori quali-quantitativi di cure palliative ivi inclusi gli standard di cui al Decreto 22 febbraio 2007, n. 43 e del Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA;
- della definizione di indirizzi per lo sviluppo omogeneo di percorsi di presa in carico e assistenza in cure palliative ai sensi dell'art. 2 comma 1 Legge n. 38/2010;
- della promozione e monitoraggio delle attività di ricerca in cure palliative;
- della promozione presso le Aziende Sanitarie Locali di programmi obbligatori di formazione continua in cure palliative coerentemente con quanto previsto dall'art. 8, comma 2 della legge n. 38/2010, rivolta al personale sanitario ivi inclusi i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta.

Il Coordinamento si riunisce periodicamente presso il Dipartimento Sanità della Regione Abruzzo. Il Coordinamento, nell'ambito delle proprie funzioni, ha redatto le Linee guida regionali: *"Il malato terminale nella rete delle cure palliative: dall'ospedale al domicilio"*; *"Le cure palliative e la terapia del dolore nel bambino"*; il *"Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia"*.

Le Reti Locali di Cure Palliative

Per Rete Locale di Cure Palliative si intende una aggregazione funzionale integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali in ambito territoriale, definito al livello regionale e che soddisfa i requisiti di cui all'Intesa del 25 luglio 2012⁶.

La rete delle cure palliative è composta da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale della persona assistita e del suo nucleo familiare, operando in ambito ospedaliero (attraverso attività di consulenza nelle Unità Operative), ambulatoriale, domiciliare, in hospice e nelle residenze per anziani.

Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia; esse possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa e coadiuvare il controllo dei sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisce l'erogazione delle cure domiciliari palliative, come previsto dalla Legge n. 38/2010, nell'ambito della Rete di Cure Palliative (RCP). Tali cure sono rivolte a persone affette da patologie a decorso cronico ed evolutivo, per le quali non esistono terapie risolutive oppure, se disponibili, risultano inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione clinica o del prolungamento significativo della vita.

⁵ Intesa tra il Governo e le PP.AA. Rep. Atti n. 151/CSR del 25/07/2012

⁶ Intesa Rep. N. 151/CSR del 25 luglio 2012

I principi fondanti della rete sono: la garanzia dell'equità di accesso; l'integrazione tra i nodi della rete; la continuità della presa in carico clinico assistenziale; l'autodeterminazione della persona; la multidisciplinarietà delle cure, la multidimensionalità dei bisogni.

I principi fondanti della Rete di Cure Palliative si articolano attorno a valori essenziali quali:

- l'equità di accesso alle cure, garantita su tutto il territorio;
- l'integrazione funzionale tra i diversi nodi della rete, per assicurare continuità e coerenza nei percorsi assistenziali;
- la continuità della presa in carico clinico-assistenziale, lungo tutte le fasi della malattia;
- il rispetto dell'autodeterminazione della persona, quale elemento centrale del processo di cura;
- la multidisciplinarietà degli interventi, attraverso il coinvolgimento di diverse figure professionali;
- la multidimensionalità della valutazione dei bisogni, che considera gli aspetti clinici, psicologici, sociali e spirituali.

La D.G.R. n. 813 del 3 dicembre 2024, recante l'approvazione delle Linee di indirizzo per la costituzione dei Coordinamenti Locali di Cure Palliative, aggiorna parzialmente i contenuti del documento approvato con Decreto Commissariale n. 51/2012 dell'11 ottobre 2012⁷.

La RLCP, ai sensi della sopradetta D.G.R. e della normativa vigente è così composta:

- il Coordinatore aziendale delle Cure Palliative;
- i Responsabili delle strutture della rete aziendale delle cure palliative;
- un Referente delle professioni sanitarie della rete aziendale delle cure palliative;
- un Terapista della Riabilitazione della rete aziendale delle cure palliative;
- uno Psicologo della rete aziendale delle cure palliative;
- un Assistente Sociale della rete aziendale delle cure palliative;
- un Medico di Medicina Generale afferente al territorio ASL;
- un Pediatra di Libera Scelta afferente al territorio ASL.

Ai Coordinatori locali delle Cure Palliative è affidata la rappresentatività della rete locale anche nei tavoli tecnici e istituzionali attivi a livello sovra aziendale.

Il provvedimento anzidetto prevede il coinvolgimento di una rappresentanza del terzo settore e del volontariato, come stabilito dall'Accordo, che potrà essere consultata dall'Organismo di Coordinamento della Rete Locale delle Cure Palliative, in particolare nell'ambito delle procedure di programmazione e verifica delle attività. Qualora emergano esigenze operative specifiche, il Coordinamento potrà inoltre avvalersi, all'occorrenza, del contributo di ulteriori professionalità, in relazione alle problematiche da affrontare.

Le funzioni attribuite all'Organismo di Coordinamento della Rete Locale delle Cure Palliative, come definiti in dettaglio dall'Accordo 2020⁸, sono le seguenti:

- redigere e aggiornare annualmente il piano di rete locale;
- individuare i punti e i criteri di accesso alla rete;
- definire l'organizzazione del percorso di cura;
- identificare procedure condivise tra le strutture della rete;
- predisporre il piano annuale di sviluppo formativo e gli interventi per la formazione degli operatori e dei volontari, nonché per il relativo monitoraggio;
- sviluppare attività di ricerca/condivisione di buone pratiche;
- identificare i programmi sistematici di valutazione e miglioramento delle attività;

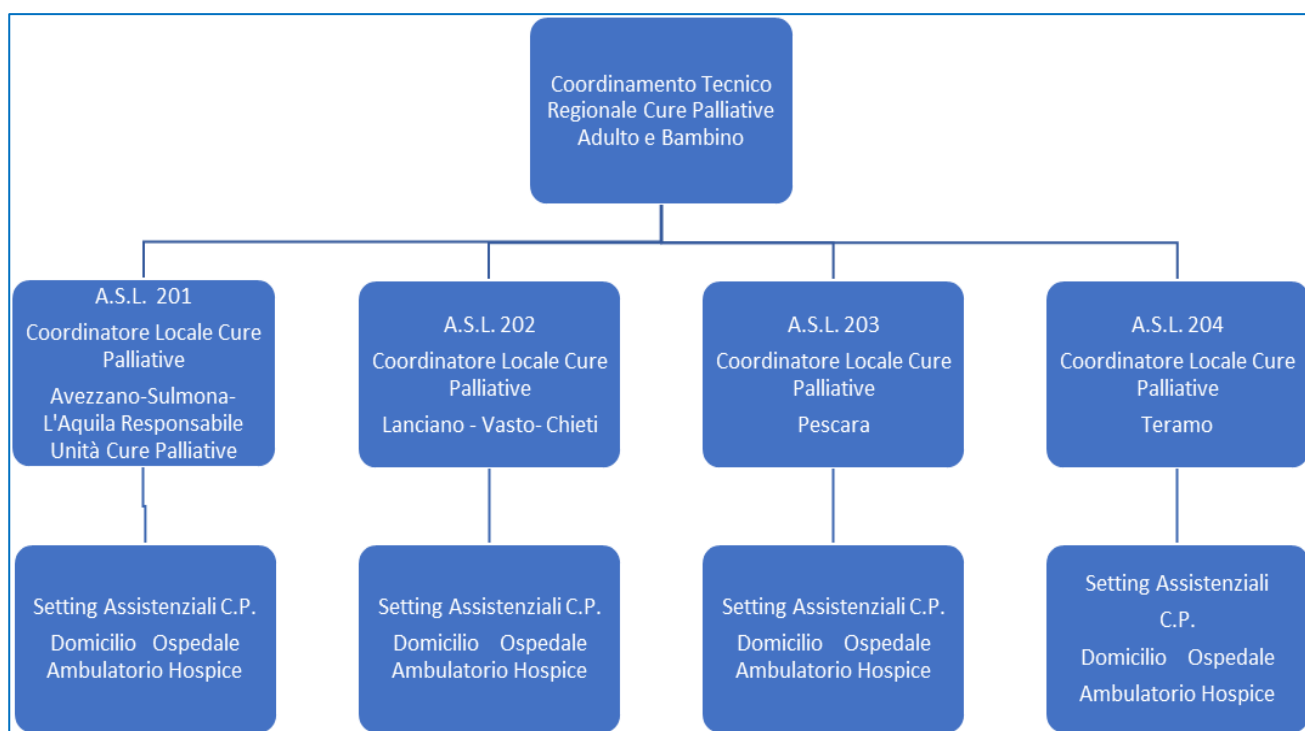
⁷ Approvazione linee guida regionali recanti: "Il malato terminale nella rete delle cure palliative: dall'ospedale al domicilio") nella parte relativa al Coordinamento delle cure palliative.

⁸ Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della legge 15 marzo 2010 n. 38" (Rep. atti n.118/CSR del 27 luglio 2020)

- promuovere l'adozione di una procedura aziendale che assicura e documenta la dimissione ospedaliera protetta e/o assistita;
- definire le procedure per la soluzione di problemi etici e per le segnalazioni al comitato etico;
- predisporre e aggiornare la carta dei servizi e vigilare sulla sua pubblicità;
- vigilare sulla creazione e aggiornamento di una sezione del sito web aziendale dedicato;
- organizzare gli audit di rete;
- monitorare la qualità dell'assistenza;
- promuovere l'utilizzo di un sistema informativo per la condivisione dei piani individuali (PAI).

È previsto che gli Organismi di Coordinamento della Rete Locale delle Cure Palliative abbiano sede presso le strutture individuate dalle Aziende Sanitarie Locali, alle quali compete il compito di garantirne l'operatività.

Le Aziende Sanitarie Locali nel corso del 2025 hanno riorganizzato e definito le Reti Locali di Cure Palliative e Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatriche, nominando i componenti dell'organismo di coordinamento.



Le Cure Palliative come definite dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017

Le Unità di Cure Palliative erogano le prestazioni sanitarie sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della RLCP, come previsto dal D.P.C.M. LEA 2017 di *“Definizione e aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*.

In particolare:

- l’art. 15 che assicura l’assistenza specialistica ambulatoriale include le visite multidisciplinari per le cure palliative inclusa la stesura del PAI e le visite di controllo, ivi compresa la visita per la rivalutazione del PAI (rispettivamente codici 89.07.A e 89.01.R);
- l’articolo 21 che assicura l’accesso unitario ai servizi sanitari e sociosanitari, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale, nonché la stesura di un progetto di assistenza individuale (PAI e PRI) che definisce i bisogni terapeutici, riabilitativi e assistenziali;
- l’articolo 23 che garantisce, nell’ambito della rete di cure palliative e attraverso le unità di cure palliative domiciliari, la presa in carico a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci al fine della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita;
- l’articolo 31 che, nell’ambito della rete locale di cure palliative, garantisce alle persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, l’assistenza sociosanitaria residenziale nei centri di cure palliative specialistiche – hospice o nell’ambito dell’assistenza territoriale anche quando operanti all’interno di una struttura ospedaliera;
- l’articolo 38 che include, tra le prestazioni del ricovero ordinario per acuti, anche le cure palliative.

Le Cure Palliative come definite dal DM77/2022

Il DM77/2022 prevede, per la *governance* della RLCP, che l’organismo di coordinamento aziendale sia composto dalle seguenti figure:

- un coordinatore di rete;
- referenti delle singole strutture;
- una rappresentanza delle associazioni di volontariato di settore.

Nell’ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente, e anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, la Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) opera sul territorio di riferimento garantendo l’erogazione dell’assistenza nei seguenti contesti.

Consulenza specialistica nelle degenze ospedaliere

Le équipe di cure palliative della rete svolgono attività di consulenza specialistica all’interno delle Unità Operative ospedaliere, con le seguenti finalità:

- favorire l’identificazione precoce dei bisogni palliativi nei pazienti ricoverati, attraverso strumenti di valutazione multidimensionale e l’analisi del decorso clinico, al fine di intercettare tempestivamente situazioni di fragilità e sofferenza non ancora riconosciute;
- facilitare l’attivazione tempestiva dei percorsi di cure palliative, sia di base che specialistiche, promuovendo l’integrazione tra i diversi livelli assistenziali e garantendo l’appropriatezza dell’intervento in relazione alla fase di malattia e ai bisogni espressi dal paziente e dalla famiglia;

- supportare l'équipe curante nella rimodulazione degli obiettivi terapeutici, favorendo un approccio centrato sulla qualità della vita, sulla proporzionalità delle cure e sulla condivisione delle decisioni cliniche, anche attraverso strumenti di comunicazione efficace e di pianificazione anticipata delle cure;
- contribuire alla continuità assistenziale ospedale-territorio, facilitando il passaggio verso l'assistenza domiciliare o residenziale, mediante la definizione condivisa del progetto assistenziale individuale (PAI), il raccordo con i servizi territoriali e l'attivazione delle risorse disponibili nella rete locale;
- offrire supporto nella gestione dei sintomi complessi, quali dolore, dispnea, nausea, agitazione, e nella comunicazione con il paziente e i familiari, affrontando tematiche legate alla prognosi, alle scelte terapeutiche e al fine vita, con attenzione agli aspetti psicologici, relazionali e spirituali;
- promuovere la cultura palliativa all'interno dell'ospedale, attraverso attività di formazione, sensibilizzazione e supervisione clinica, contribuendo alla diffusione di buone pratiche e all'adozione di modelli assistenziali centrati sulla persona.

Ambulatori di cure palliative

L'ambulatorio di cure palliative rappresenta un nodo fondamentale della Rete Locale di Cure Palliative (RLCP), configurandosi come spazio clinico, relazionale e organizzativo per l'erogazione di interventi specialistici rivolti a pazienti affetti da patologie cronico-degenerative, oncologiche e non oncologiche, in fase precoce, avanzata o terminale.

Finalità principali

L'ambulatorio di cure palliative persegue i seguenti obiettivi prioritari:

- offrire cure palliative precoci e simultanee, in integrazione con trattamenti attivi, per migliorare la qualità della vita e il controllo dei sintomi;
- garantire continuità assistenziale tra ospedale, domicilio e strutture residenziali;
- favorire la valutazione multidimensionale dei bisogni clinici, psicologici, sociali e spirituali del paziente e del nucleo familiare.

Composizione dell'équipe

L'ambulatorio è gestito da un'équipe multidisciplinare composta da:

- Medico palliativista;
- Infermiere con formazione specifica in cure palliative;
- Psicologo;
- Assistente sociale;
- Altre figure professionali coinvolte in base ai bisogni (nutrizionista, fisioterapista, *spiritual care*, ecc.).

Attività clinico-assistenziali

Le attività clinico-assistenziali prevedono:

- pianificazione anticipata delle cure e il supporto decisionale condiviso;
- valutazione precoce dei bisogni palliativi, anche in fase di diagnosi, per pazienti oncologici e non oncologici;

- pianificazione anticipata delle cure (*Advance Care Planning*), con definizione condivisa degli obiettivi terapeutici e delle preferenze del paziente.
- supporto psicologico e sociale al paziente e alla famiglia, anche in fase di pre-lutto, attraverso colloqui individuali e interventi di rete;
- follow-up clinico per pazienti già presi in carico, in raccordo con l'assistenza domiciliare e ospedaliera;
- orientamento e consulenza per i professionisti sanitari del territorio, in ottica di formazione continua e diffusione della cultura palliativa;
- Cure Palliative precoci e simultanee, integrate con trattamenti attivi, rivolte a pazienti con patologie cronico-degenerative, oncologiche e non oncologiche;
- valutazioni multidimensionali (cliniche, psicologiche, sociali) per l'impostazione di un piano assistenziale personalizzato;
- monitoraggio clinico e follow-up dei pazienti già presi in carico, anche in raccordo con l'assistenza domiciliare;
- supporto decisionale per pazienti in fase avanzata di malattia, in collaborazione con specialisti e MMG;
- spazio di ascolto e orientamento per familiari e caregiver, anche nella fase di accompagnamento alla perdita.

Il Decreto del Ministero della Salute del 21 novembre 2018 istituisce il Codice 99 per i ricoveri in regime diurno di CP e il Codice 96 da utilizzare per i ricoveri in terapia del dolore.

Rete Cure palliative pediatriche – Nodo della Rete Locale di Cure Palliative

La Rete di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrica è costituita da un insieme integrato e funzionalmente coordinato di attività clinico-assistenziali rivolte ai minori affetti da patologie complesse, croniche, evolutive o inguaribili. Essa garantisce la presa in carico globale e continuativa a bambine, bambini e adolescente, attraverso l'erogazione di interventi nei diversi setting assistenziali – ospedaliero, domiciliare, ambulatoriale e residenziale – all'interno di un ambito territoriale e ospedaliero definito a livello regionale. L'organizzazione della rete è orientata ai principi di equità, appropriatezza e continuità assistenziale, in conformità con quanto previsto dagli Accordi Stato-Regioni del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 118/CSR e n. 119/CSR) e del 25 marzo 2021 (Rep. Atti n. 30/CSR).

La rete rappresenta il luogo di raccordo operativo e relazionale tra i molteplici servizi che interagiscono con il minore di età compresa tra 0 e 18 anni e con il suo nucleo familiare, tra cui:

- le cure primarie (pediatra di libera scelta, MMG, assistenza infermieristica territoriale);
- il sistema educativo (scuola, servizi per l'inclusione);
- i servizi di socialità e supporto psicosociale;
- le strutture sanitarie e sociosanitarie coinvolte nel percorso di cura;
- le organizzazioni del terzo settore e del volontariato, che contribuiscono al sostegno emotivo, sociale e pratico.

La rete pediatrica si fonda su un approccio multidisciplinare e multidimensionale, che riconosce la centralità dei minori e della sua famiglia, promuove l'autodeterminazione compatibile con l'età e lo sviluppo, e garantisce interventi personalizzati orientati alla qualità della vita, al sollievo dalla sofferenza e al rispetto della dignità.

La Rete Palliativa Pediatrica si configura come un'unica rete specialistica integrata di Terapia del Dolore e Cure Palliative dedicata ai pazienti in età pediatrica. Coordinata da un Centro di riferimento regionale, essa garantisce una risposta continuativa, competente e multidisciplinare ai bisogni di salute dei minori, assicurando la presa in carico globale del bambino o adolescente e del suo nucleo familiare, in tutti i setting assistenziali.

La L.R. 5/2008⁹, nel capitolo 5.5.2.2.1, introduce il tema delle Cure palliative pediatriche in conformità a quanto stabilito dall'Accordo Stato Regioni e PP.AA. del 27 giugno 2007; già allora la Regione stabiliva le azioni e i programmi finalizzati a garantire al minore le cure necessarie e il supporto alle famiglie.

Il Decreto del Commissario ad Acta n. 82 del 09/10/2013, ha individuato le funzioni della Rete Locale delle Cure Palliative Pediatriche, i nodi della rete e i *setting* assistenziali, i criteri di eleggibilità, le modalità di presa in carico da parte dell'équipe multi-professionale, gli interventi assistenziali, i *setting* assistenziali con relativi percorsi di cura, i requisiti organizzativi strutturali e tecnologici, i sistemi informativi e di qualità dell'assistenza, le tariffe, la formazione del personale e l'informazione del cittadino. Come già citato, il documento sarà sottoposto ad aggiornamento in coerenza con quanto indicato dalle norme vigenti.

È importante sottolineare che la Rete di Cure Palliative Pediatriche e Terapia del Dolore opera in stretta integrazione con la Rete di Cure Palliative dell'adulto¹⁰, condividendone la struttura logistica sul territorio (sedi, rete informatica e i mezzi), al fine di garantire la continuità assistenziale ai pazienti in età pediatrica affetti da patologie inguaribili.

All'interno di ciascuna Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.), l'Unità di Cure Palliative assicura il servizio di diagnosi e consulenza pediatrica, con l'obiettivo di garantire al minore una presa in carico globale, efficace e tempestiva, in coerenza con i principi di equità e prossimità dell'assistenza.

La D.G.R. n. 13 del 08/01/2024¹¹ ha stabilito che, in attesa dell'individuazione formale del Centro di Riferimento Regionale per la Terapia del Dolore e le Cure Palliative Pediatriche, le funzioni di coordinamento delle Cure Palliative Pediatriche siano temporaneamente attribuite al Coordinamento Tecnico Regionale.

Il Centro di Riferimento Regionale per la Terapia del Dolore e le Cure Palliative Pediatriche è individuato presso la A.S.L. di Pescara e ha sede nell'Unità Operativa Complessa (U.O.C.) Hospice e Cure Palliative.

Tale struttura rappresenta, ad oggi, l'unica realtà in Regione Abruzzo ad aver attivato un posto letto Hospice dedicato specificamente alle cure palliative pediatriche. In collegamento diretto con l'Hospice è stato realizzato un appartamento destinato alla degenza pediatrica, dotato di ambienti appositamente progettati per garantire il massimo comfort al paziente e alla sua famiglia.

La A.S.L. di Pescara, inoltre, ospita:

- l'Unità Operativa di Terapia Intensiva Pediatrica (TIP), con professionisti altamente qualificati e con comprovata esperienza nella gestione del dolore e del fine vita in età pediatrica;
- l'Unità Operativa Complessa di Chirurgia Pediatrica a conduzione universitaria, unica struttura di riferimento a livello regionale;
- l'Unità Operativa Semplice di Onco-Ematologia Pediatrica;
- il Centro di Coordinamento Regionale per le Malattie Rare della Regione Abruzzo.

⁹ Legge Regionale 10 marzo 2008, n. 5 "Un sistema di garanzia per la salute "Piano Sanitario Regionale 2008 – 2010" - Cap. 5.5.2.2. "Rete delle cure palliative in accordo con il D.M. 28 settembre 1999".

¹⁰ D.C.A. n. 51/2012.

¹¹ Coordinamento Tecnico Regionale delle Cure Palliative dell'adulto e del bambino – Adeguamento agli Accordi Stato Regioni n.118/CSR/2020 e n. 30/CSR/2021.

Tra gli obiettivi da perseguire nel 2025-2026 rientra l'aggiornamento delle Linee guida regionali intitolate *“Le cure palliative e la terapia del dolore nel bambino”*, al fine di garantire l'adeguamento alle più recenti evidenze scientifiche, ai nuovi modelli organizzativi e agli standard assistenziali nazionali e internazionali.

Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP-Dom) - Nodo della Rete Locale di Cure Palliative

Le Cure Palliative Domiciliari, previste dall'art. 23 del DPCM 17 gennaio 2017, costituiscono una componente essenziale della Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) e sono erogate dalle Unità di Cure Palliative (UCP), come definite dal DM 77/2022 e dalla D.G.R. Abruzzo n. 773/2022, all'interno delle Aziende Sanitarie Locali.

Le UCP-Dom garantiscono la presa in carico globale e continuativa del paziente affetto da patologia inguaribile, direttamente presso il domicilio, nel rispetto dei principi di prossimità, dignità e qualità della vita.

Classificazione delle Cure Palliative Domiciliari

In base alla complessità clinica, organizzativa e assistenziale, le Cure Palliative Domiciliari si articolano in:

- CP livello base, costituite da interventi coordinati dal Medico di Medicina Generale (MMG) e dal Pediatra di Libera Scelta (PLS), che garantiscono un approccio palliativo attraverso il controllo ottimale dei sintomi e un'adeguata comunicazione con il malato e la famiglia. Sono erogate da medici, infermieri e altri operatori con una buona conoscenza di base delle cure palliative e si articolano in interventi caratterizzati da un Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) minore di 0,50, programmati nel Progetto Assistenziale Individuale (PAI);
- CP di livello specialistico, costituite da interventi da parte di équipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati. Esse richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, sono garantiti la continuità assistenziale, gli interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, definiti dal progetto di assistenza individuale, nonché la pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore.

Assistenza Domiciliare nel contesto delle Cure Palliative

L'assistenza al domicilio del paziente rappresenta il luogo di cura privilegiato nell'ambito delle cure palliative, in quanto consente di preservare la dimensione familiare, ridurre la medicalizzazione e garantire la continuità affettiva e relazionale. Tuttavia, affinché il domicilio possa essere considerato idoneo come setting assistenziale, è necessario che vengano soddisfatti specifici requisiti di tipo logistico, sociale e tecnologico.

Requisiti di idoneità del domicilio

- Idoneità logistico-strutturale dell'abitazione, in termini di accessibilità, sicurezza, disponibilità di spazi adeguati all'assistenza e per l'eventuale utilizzo di presidi sanitari.
- Presenza di una rete di supporto informale, costituita da familiari, caregiver o altre figure di riferimento, in grado di garantire assistenza continuativa e collaborazione con l'équipe sanitaria.

Tali requisiti vengono valutati dal responsabile dell'Unità di Cure Palliative (UCP) e dall'assistente sociale, formalizzati attraverso la compilazione della Scheda di Prima Valutazione, strumento operativo previsto dalla

Rete Locale di Cure Palliative (RLCP), che consente di definire il livello di complessità assistenziale e il setting più appropriato.

Dotazioni tecnologiche e organizzative delle équipes domiciliari

Per garantire un'assistenza domiciliare efficace, tempestiva e coordinata, le équipes dedicate alle cure palliative territoriali devono disporre di dotazioni tecnologiche e organizzative adeguate, in grado di sostenere la complessità del percorso assistenziale e favorire l'integrazione tra i diversi nodi della rete.

Parco mezzi aziendale adeguato

Le Aziende Sanitarie Locali assicurano la disponibilità di un parco mezzi idoneo, composto da veicoli aziendali attrezzati per gli spostamenti frequenti sul territorio, inclusi i contesti rurali e periferici. Questa dotazione è fondamentale per garantire la prossimità dell'intervento, la tempestività delle risposte cliniche e la continuità assistenziale.

Sistema informatizzato di gestione e coordinamento

Obiettivo

Sviluppare un sistema informatico integrato a supporto della Rete Regionale delle Cure Palliative, rivolto sia all'età adulta che all'età pediatrica, con particolare attenzione alla Terapia del Dolore e alle Cure Palliative Pediatriche.

Sistema Informatizzato di Gestione e Coordinamento delle Cure Palliative

Obiettivo

Sviluppare un sistema informatico integrato a supporto della rete regionale delle Cure Palliative, rivolto sia all'età adulta che pediatrica, con particolare attenzione alla Terapia del Dolore e alle Cure Palliative Pediatriche.

Funzionalità del Sistema

Il sistema informatizzato, accessibile da remoto, supporta le équipes domiciliari e consente il coordinamento centralizzato di tutti i nodi delle Reti Locali di Cure Palliative (RLCP), inclusi gli Hospice.

Le principali funzionalità includono:

- condivisione in tempo reale delle informazioni cliniche tra i membri dell'équipe;
- monitoraggio continuo del percorso assistenziale e dell'evoluzione clinica del paziente;
- tracciabilità degli interventi, degli obiettivi assistenziali e delle modifiche al Piano Assistenziale Individuale (PAI);
- integrazione operativa tra ospedale, ambulatorio, domicilio e strutture residenziali;
- coordinamento unitario delle attività degli operatori sanitari e sociosanitari, con distribuzione equilibrata delle risorse e riduzione delle sovrapposizioni;
- organizzazione automatizzata dei calendari di accesso domiciliare, ottimizzando tempi, percorsi e priorità cliniche;
- controllo in tempo reale delle attività domiciliari, dello stato clinico dei pazienti, dell'andamento dei PAI e della copertura territoriale;
- interconnessione telematica tra strutture ospedaliere, territoriali, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti ambulatoriali;

- collegamento tra tutte le strutture della rete TD (Terapia del Dolore) e CPPP (Cure Palliative Pediatriche e TD).

Azioni Previste

Realizzazione e implementazione del sistema informativo tramite la piattaforma SMART LEA.

Potenziamento dei flussi informativi, con miglioramento e completamento dei flussi SIAD, SDO e Hospice per la rilevazione degli esiti.

Interoperabilità con il FSE

Informatizzazione come leva strategica

L'informatizzazione rappresenta uno strumento chiave per rafforzare la governance territoriale delle cure palliative, abilitando una gestione integrata, sicura e centrata sulla persona. I benefici includono:

- ottimizzazione organizzativa e semplificazione dei processi;
- garanzia di qualità e continuità assistenziale grazie al monitoraggio costante e alla presa in carico multidisciplinare;
- promozione della trasparenza e dell'accountability attraverso strumenti di analisi e rendicontazione;
- miglioramento della comunicazione e dell'interoperabilità tra professionisti, servizi territoriali e strutture ospedaliere.

Implementazione

Per garantire uniformità e piena operatività della rete regionale, ogni Azienda Sanitaria Locale è tenuta a dotarsi di un sistema informatico centralizzato per la gestione delle Cure Palliative.

Le AA.SS.LL. dovranno trasmettere alla Regione Abruzzo la documentazione attestante l'avvenuta informatizzazione delle Reti Locali di Cure Palliative e Cure Palliative Pediatriche e Terapia del Dolore e degli Hospice.

La Telemedicina a supporto delle Reti Locali di Cure Palliative e Cure Palliative Pediatriche e Terapia del Dolore

Nel quadro del Piano di Potenziamento delle Cure Palliative 2025-2026, l'introduzione della telemedicina può rappresentare un'opportunità strategica per il consolidamento delle Reti Locali di Cure Palliative, incluse le Cure Palliative Pediatriche e la Terapia del Dolore. L'integrazione di soluzioni digitali come televisite, teleconsulti e sistemi di telemonitoraggio potrebbe favorire una presa in carico continuativa, proattiva e personalizzata del paziente, anche in ambito domiciliare, promuovendo l'equità nell'accesso alle cure e contribuendo a ridurre le disparità territoriali. L'utilizzo della telemedicina può facilitare un supporto clinico e psicologico tempestivo e qualificato per i pazienti in fase avanzata di malattia e per i loro caregiver, migliorando sensibilmente la qualità dell'assistenza. Per garantirne l'efficacia e la sostenibilità, sarà fondamentale accompagnare l'adozione di questi strumenti con percorsi formativi dedicati per gli operatori sanitari e con un modello di governance integrato, capace di valorizzare le sinergie tra professionisti, servizi e territori.

Obiettivi di potenziamento delle UCP-Dom

Sul territorio della Regione Abruzzo, è da prevedersi a regime un numero di UCP-Dom pari almeno a quello degli hospice esistenti e da implementare, operative h12, con orario 08.00 - 20.00, dal lunedì al sabato e con reperibilità notturna e festiva, sia medica che infermieristica. L'integrazione con il MMG e il PLS consente di assicurare la continuità assistenziale h24 per 7 giorni su 7. La continuità delle prestazioni infermieristiche è assicurata anche nelle ore notturne e nei festivi e prefestivi laddove programmate ovvero espressamente e formalmente richieste dalle équipe UCP. Tale pronta disponibilità dovrà comunque essere garantita per tutti i profili di cura. L'équipe UCP-Dom può essere, dal punto di vista organizzativo, integrata con l'équipe dell'assistenza domiciliare.

L'ubicazione delle UCP-Dom deve essere elettivamente prevista nella sede degli Hospice, pur potendosi prevedere l'ubicazione negli Hub distrettuali funzionalmente collegati alle CdC qualora sussistano motivazioni di economicità e/o di integrazione organizzativa. Un motivo della scelta di ubicare le UCP-Dom negli hospice è dato anche dalla necessità di eleggere presidi attivi H24 (orario attualmente non garantito dalle sedi distrettuali, anche se previsto a regime per le Case della Comunità), sia per la necessità di accesso in sicurezza nelle ore notturne e festive degli operatori in pronta disponibilità, sia per la sicurezza dei farmaci che devono essere disponibili per il predetto personale.

Cure palliative residenziali (Hospice) – Obiettivi di potenziamento della presa in carico

Gli Hospice sono strutture residenziali di cure continue ad alta complessità assistenziale che si prendono cura dei pazienti in fase terminale quando, per una molteplicità di condizioni cliniche o sociali, il domicilio diventa inadeguato e sono qualificanti le articolazioni della rete dei servizi territoriali.

Prendendo in considerazione le prese in carico palliative attribuibili alla residenzialità (hospice), dai dati NSIS è rilevabile – in regione - un indice di rotazione pari a 14/15 per i 58 posti letto esistenti.

Con D.G.R. 532/2023 la Regione ha previsto un incremento dei posti letto in hospice dagli attuali 58 a 100 (obiettivo: almeno 8 posti letto ogni 100 mila abitanti) entro il 2028, con l'attivazione di almeno 4 nuove strutture residenziali/blocchi di p.l., ciascuna con un modulo di almeno 10 posti letto:

- 1 nuovo Hospice nella A.S.L. 201 di Avezzano – Sulmona - L'Aquila (nell'Area Distrettuale Peligno-Sangrino);
- 1 nuovo modulo Hospice nella A.S.L. 202 di Lanciano-Vasto-Chieti (nell'Area Distrettuale 3 Alto Vastese-Vasto Costa Sud);
- 1 Hospice pediatrico (di valenza regionale) nella A.S.L. 203 di Pescara;
- 1 nuovo Hospice nella A.S.L. 204 di Teramo.

Nelle more dell'attivazione dei nuovi hospice sono assentiti incrementi nella dotazione di posti letto degli hospice pubblici esistenti. Le AA.SS.LL. regionali hanno facoltà di attivare posti letto pediatrici di competenza territoriale ad integrazione del posto letto già attivato presso la A.S.L. di Pescara.

Di seguito l'attuale rete degli hospice:

Codice Azienda	Codice Struttura	Denominazione struttura
201	007000	HOSPICE "SERAFINO RINALDI" PESCARA (AQ) – Area Distrettuale Marsica
201	007001	HOSPICE "CASA MARGHERITA" L'AQUILA – Area Distrettuale L'Aquila
202	001003	HOSPICE "ALBACHIARA" LANCIANO (CH) – Area Distrettuale 2
202	001004	HOSPICE TORREVECCHIA TEATINA (CH) – Area Distrettuale 1
203	203H01	HOSPICE "BOUGANVILLE" PESCARA – Area Distrettuale Pescara
204	130999	HOSPICE TERAMO – Area Distrettuale Gran Sasso

Per quanto riguarda i requisiti strutturali e tecnologici che la struttura dell'Hospice deve possedere, si rinvia a quanto previsto nel Manuale di Autorizzazione allegato alla D.G.R. 591/P del 01/07/2008 e successive modifiche.

La formazione del personale sanitario

Il Coordinamento Tecnico Regionale delle Cure Palliative per adulti e bambini definisce gli obiettivi formativi e promuove, in collaborazione con le Aziende Sanitarie Locali, programmi obbligatori di formazione continua in materia di cure palliative, in conformità a quanto stabilito dall'art. 8, comma 2, della Legge n. 38/2010.

Obiettivi formativi

I percorsi di formazione aziendale devono garantire l'acquisizione di competenze multidisciplinari nelle seguenti aree:

- organizzativo, con il potenziamento della rete delle cure palliative e definizione di strategie per assicurare un accesso tempestivo e appropriato ai servizi;
- psico-relazionale e psicosociale, per lo sviluppo di capacità comunicative, empatiche e di supporto psicologico per il paziente e la famiglia;
- etico, per la promozione dell'etica della cura come approccio globale e centrato sulla persona;
- ricerca, per la valorizzazione dell'evidenza scientifica e promozione della cultura della valutazione e dell'innovazione;
- professionale specifico, che prevede l'approfondimento delle competenze cliniche e assistenziali legate alla gestione del dolore e alle cure palliative, con particolare attenzione all'età pediatrica.

Nell'ambito della proposta di *Accordo Integrativo della Regione Abruzzo*, è stato definito un progetto formativo sul tema delle Cure Palliative e Cura del Dolore pediatriche, che sarà erogato in modalità Formazione a Distanza (FAD).

Il percorso è rivolto a:

- Medici di Medicina Generale;
- Pediatri di Libera Scelta;
- Specialisti Ambulatoriali.

L'organizzazione e la gestione dei percorsi formativi sono curati dalle Aziende Sanitarie Locali, con il supporto dei Servizi preposti alla formazione del personale del SSR e alla formazione dei medici convenzionati.

Modalità di erogazione della formazione

I progetti formativi saranno articolati secondo diverse modalità didattiche, tutte certificate ECM:

- Corsi residenziali teorico-pratici;
- Formazione sul campo;
- Formazione a Distanza sincrona, tramite webinar interattivi;
- Formazione a Distanza asincrona, fruibile in autonomia.

Eventi formativi realizzati dalle Aziende Sanitarie Locali nell'anno 2025

Le Aziende Sanitarie Locali hanno elaborato specifici progetti formativi per l'annualità 2025, volti a garantire la continuità e l'aggiornamento delle competenze nel settore delle cure palliative e della terapia del dolore.

- ❖ **La A.S.L. 201 Avezzano – Sulmona – L'Aquila nel Piano Formativo Aziendale 2025**, ha programmato l'evento dal **Titolo:** *Le cure palliative in Abruzzo: passato, presente e futuro.*

Dettagli dell'evento

- Tipologia: Formazione residenziale accreditata ECM.
- Crediti ECM assegnati: 3.
- Destinatari: Medici (tutte le discipline), Infermieri, Psicologi.
- Sede: Aula Multimediale "Alice Dal Brollo" – Presidio Ospedaliero San Salvatore, L'Aquila.
- Periodo di svolgimento: Secondo semestre 2025.
- Modalità di verifica dell'apprendimento: Questionario a risposta multipla.

Contenuti formativi

- Fondamenti delle cure palliative e loro implementazione nei distretti sanitari.
- Gestione clinica delle principali sindromi in ambito palliativo.
- Comunicazione efficace medico-paziente e supporto psicologico.
- Esperienze operative nei contesti hospice.
- Approfondimenti normativi e organizzativi in conformità alla Legge 38/2010.

Continuità e aggiornamento

L'evento, già realizzato con successo nel 2024, è stato riproposto nel 2025 con contenuti aggiornati e ampliati, in linea con gli obiettivi del *Piano regionale di potenziamento delle cure palliative 2024–2026* (D.G.R. n. 952/2024).

-
- ❖ **La A.S.L. 202 Lanciano – Vasto – Chieti nel Piano Formativo Aziendale 2025**, ha programmato l'evento dal **Titolo:** Corso base in terapia del dolore e cure palliative pediatriche.

Dettagli dell'evento

- Tipologia: Formazione residenziale.
- Destinatari: Medici e Infermieri.
- Sede: A.S.L.
- Periodo di svolgimento: 28-29 marzo 2025.

Contenuti formativi

- Differenze tra CP adulti e Pediatriche.
- Discussione di casi clinici.
- Strategie di approccio e presa in carico del bambino multiproblematico.

Evento XIII Giornata Nazionale del Solievo

Evento 1

- Sede: Hospice di Torrevicchia Teatina
- Titolo: "Per fare un albero ci vuole...Cura".
- Contenuti: Evento esperienziale di garden arte terapia con bambini delle scuole primarie; Sportello informativo sulle cure palliative.

Evento 2

- Sede: Hospice Alba Chiara – Lanciano.
- Titolo: L'Albero del sollievo.
- Tipo di evento: installazione.

- ❖ **La A.S.L. 203 Pescara nel Piano Formativo Aziendale 2025**, ha programmato l'evento dal **Titolo:** **Corso base di Cure Palliative 2025.**

Dettagli dell'evento

- Tipologia: Formazione FAD asincrona.
- Destinatari: Tutte le professioni sanitarie.
- Sede: A.S.L.
- Crediti: accreditato ECM.
- Periodo di svolgimento: dal 14/02/2025 al 31/12/2025.

Contenuti formativi

- Cure Palliative: come e quando per quali pazienti?
- La Medicina Palliativa: il trattamento del dolore e dei sintomi associati.
- Focus sui farmaci utilizzati per il trattamento del dolore.
- Le principali vie di somministrazione dei farmaci in Terapia del dolore e Cure Palliative.
- Le cure Palliative Specialistiche.
- Il ruolo del CPSI nei diversi setting assistenziali.
- Il ruolo del fisioterapista in Cure Palliative -Il ruolo dell'OSS in Cure Palliative.
- Ruolo del volontario in Cure Palliative.
- Psicologia in Cure Palliative: ambiti e metodi di intervento.
- Esperienza di tirocinio in CP: psicologhe in formazione.
- Riflessioni sull'Etica di fine vita.

Continuità e aggiornamento

Corso base di Cure Palliative 2025, erogato in modalità FAD asincrona, è fruibile da tutti gli operatori sanitari fino al 31/12/2025, garantendo l'attività formativa anche nel secondo semestre del corrente anno.

Evento XIII Giornata Nazionale del Solievo**Dettagli dell'evento**

- Sede: A.S.L. Pescara Aula magna.
- Titolo: Le dimensioni del dolore.
- Tipo di evento: convegno.
- Data: 24/05/2025.
- Destinatari: Tutte le professioni sanitarie e cittadini.
- Obiettivi: diffondere la cultura del diritto al sollievo dal dolore.
- Crediti: accreditato ECM.
- Modalità di verifica dell'apprendimento: questionario a risposta multipla.

Contenuti formativi

Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione.

Continuità e aggiornamento

Evento annuale.

Evento XIII Giornata Nazionale del Solievo

- Sede dell'evento: Hospice Bouganville di Pescara.
- Tipo di evento: Servizio televisivo TG3 Regionale, Intervista al personale dell'Hospice Bouganville di Pescara.
- Data: 25/05/2025

❖ **La A.S.L. 204 Teramo nel Piano Formativo Aziendale 2025, ha programmato i seguenti eventi formativi:**

1. Titolo: Supervisione gruppo di lavoro U.O.C. Hospice e Cure Palliative;
2. Cure Palliative e malattie neuromuscolari: dal curare al prendersi cura. Un salto di qualità;
3. Focus on: Cure Palliative.

Titolo: Supervisione gruppo di lavoro U.O.C. Hospice e Cure Palliative

Dettagli dell'evento

- Tipologia: Formazione residenziale
- Destinatari: medici, psicologi, fisioterapisti, infermieri.
- Sede: A.S.L.
- Crediti ECM: 40,4.
- Periodo di svolgimento: dal 22 maggio al 22 dicembre 2025 (8 incontri).
- Modalità di verifica dell'apprendimento: Questionario a risposta multipla.

Contenuti formativi

- Analisi di casi e riflessioni sulle differenti modalità di intervento.
- Restituzione e sintesi del percorso formativo.

Titolo: Cure Palliative e malattie neuromuscolari: dal curare al prendersi cura. Un salto di qualità.

Dettagli dell'evento

- Tipologia: Formazione residenziale.
- Destinatari: tutte le professioni.
- Crediti ECM: 4,2.
- Periodo di svolgimento: 04/10/2025.
- Modalità di verifica dell'apprendimento: Questionario a risposta multipla.

Contenuti formativi

- Il medico di fronte al paziente con malattia cronico-degenerativa.
- Il paziente di fronte alla malattia cronico-degenerativa.
- La comunicazione delle patologie cronico-degenerativa al paziente ed alla sua famiglia: il consenso informato.
- Disposizioni anticipate di trattamento DAT e Pianificazione condivisa delle cure PCC Legge 219/2017.

Titolo: Focus on: Cure Palliative.

Dettagli dell'evento

- Tipologia: Formazione residenziale.
- Destinatari: tutte le professioni.
- Sede: A.S.L. Hospice contrada Casalena Teramo.
- Crediti ECM: accreditato.
- Periodo di svolgimento: 9-10/10/2025.
- Modalità di verifica dell'apprendimento: questionario a risposta multipla.

Contenuti formativi

Approfondire i temi specifici in cure palliative ed ampliare le competenze di gestione della persona centrate sulla qualità della vita residua della persona alla luce della legge 38/2010 e la Legge 219/2017.

Evento XIII Giornata Nazionale del Solievo

Sede dell'evento: Ospedale Mazzini – Teramo

Titolo Iniziativa: Il diritto al sollievo è un dovere.

Tipo di evento: Informativo

Data: 23/05/2025.

Descrizione: Incontro con i cittadini, informazioni sulla RCP e TD L.38/2010.

Indicatori per il monitoraggio e indicatori NSG delle cure palliative

Per gli indicatori di monitoraggio specifici si fa riferimento a quelli previsti dal Decreto Ministeriale 43/2007, elencati di seguito:

- numero di malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 Cod. 140-208) assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio e/o in Hospice / n. di malati deceduti per malattia oncologica $\geq 65\%$;
- numero di posti letto in Hospice ≥ 1 posto letto ogni 56 deceduti a causa di tumore;
- numero di Hospice in possesso dei requisiti di cui al DPCM 20/1/2000 e degli eventuali specifici requisiti fissati a livello regionale / numero totale di Hospice 100%;
- numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 Cod.140-208) $\geq$ Valore individuato per lo standard dell'indicatore n. 1 cui va sottratto il 20%. Il risultato va moltiplicato per 55 (espresso in giorni);
- numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e la presa in carico domiciliare da parte della Rete di cure palliative è inferiore o uguale a 3 giorni / numero di malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa $\geq 80\%$;
- numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 3 giorni / numero di malati ricoverati e con assistenza conclusa ≥ 40 ;
- numero di ricoveri di malati con patologia oncologica 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 $\geq 20\%$;
- numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in Hospice è superiore o uguale a 30 giorni / numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica $\geq 25\%$.

Indicatori del NSG

- D30Z Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore (CORE);
- D31C - Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore;
- D32Z 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.

Requisiti di accreditamento delle reti

La Regione con la D.G.R. n. 661 del 22.10.2021 ha recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "*Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della legge 15 marzo 2010 n. 38*"¹² e con la D.G.R n. 175 del 04/04/2022 ha recepito l'Accordo n. 30/CSR del 25 marzo 2021 recante "*Accreditamento della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, ai sensi della legge 15 marzo 2010 n. 38*".

L'Agenzia Sanitaria Regionale, secondo quanto previsto dalla L.R. n. 32/2007, ha il mandato di elaborare i requisiti di accreditamento specifici ed avviare il percorso di accreditamento delle reti entro il 2025 conformemente alle indicazioni fornite dall'Intesa 118/CSR del 27/07/2020 e 30/CSR del 25/03/2021.

La A.S.R. con nota prot. n. 851 del 10/11/2025 ha trasmesso al Direttore del Dipartimento Sanità le schede relative ai requisiti di accreditamento delle Reti di Cure Palliative per adulti (Intesa n. 118/CSR del 27/07/2020

¹² Accordo Rep. atti n. 118/CSR del 27 luglio 2020

e le schede relative ai requisiti di accreditamento delle Reti di Cure Palliative pediatriche (Intesa n. 30/CSR del 25/03/2021). Successivamente alla loro approvazione, la A.S.R. seguirà le attività dell'Organismo OTA preposto alle verifiche e all'accREDITamento delle RLCP nei termini prescritti dalla norma vigente.

Risorse per la realizzazione del Piano di Potenziamento

La presentazione del piano di potenziamento delle cure palliative e la relativa attuazione costituiscono, secondo la legge di bilancio 2023 (L. 197/2022 modificativa della L. 38/2010) adempimento regionale per l'accesso al finanziamento integrativo del Servizio Sanitario Nazionale a carico dello Stato.

Le attività di cui al presente Piano di potenziamento delle cure palliative trovano copertura nell'ambito delle risorse trasferite a titolo di Fondo Sanitario Nazionale indistinto ed iscritte in bilancio sul capitolo 81500.1.

Cronoprogramma

Intervento	Attori	Annualità	Azione/Provvedimento
Costituzione delle RLCP e Rete TD e CPP	Aziende Sanitarie Locali	2025	Delibere istitutive delle Reti Locali di Cure Palliative. A.S.L. 201- Delibera n. 839/2025. A.S.L. 202 Delibera n. 628/2025, nota integrativa prot. n. 72676/2025. A.S.L. 203 Delibera n. 410/2025; A.S.L. 204 Delibera n. 587/2025.
Adeguamento agli accordi stato regioni n. 118/CSR/2020 e n. 30/CSR/2021 Coordinamento tecnico regionale delle cure palliative dell'adulto e del bambino	Regione	2024	D.G.R. n. 13 del 08/01/2024
Componenti del Coordinamento Tecnico Regionale delle Cure Palliative dell'adulto e del Bambino – D.G.R. 13/2024	Regione	2024	Determinazione Dirigenziale Servizio Prevenzione Sanitaria, Medicina Territoriale n. DPF010/07 del 19/01/2024
Linee di indirizzo per la costituzione dei Coordinamenti Locali di Cure Palliative aggiornamento del Decreto Commissariale n. 51/2012 del 11 ottobre 2012	Regione	2024	D.G.R. n. 813 del 03 dicembre 2024
Nomina referenti RLCP – Rete Locale C.P. e T.D. Pediatriche	Regione	2025	Determinazione Dirigenziale DPF010/58 del 26/06/2025 Servizio Prevenzione Sanitaria, Medicina Territoriale Sono stati acquisiti i nominativi dei componenti delle Reti Locali C.P. e T.D. Pediatriche delle quattro Aziende Sanitarie Locali. Agli atti del Servizio

Costituzione delle RLCP e Rete TD e CPP	Aziende Sanitarie Locali		Delibere istitutive delle Reti Locali di Cure Palliative. A.S.L. 201- Delibera n. 839/2025. A.S.L. 202 Delibera n. 628/2025, nota integrativa prot. n. 72676/2025. A.S.L. 203 Delibera n. 410/2025; A.S.L. 204 Delibera n. 587/2025.
Rete cure palliative e terapia del dolore adulto/pediatico: - Monitoraggio	Agenzia Sanitaria Regionale – Abruzzo	Report 2025	Report dell'attività dei centri di terapia del dolore e cure palliative
Aggiornamento delle Linee guida regionali: - Il malato terminale nella rete delle cure palliative: dall'ospedale al domicilio; - Le cure palliative e la terapia del dolore nel bambino; - il Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata di malattia. Redazione del PDTA di presa in carico del paziente adulto e del minore da parte della rete delle cure palliative e per il minore anche da parte della Rete di T.D.	Agenzia Sanitaria Regionale Regione	2025-2026	Approvazione con D.G.R. Il Servizio Assistenza Ospedaliera e Medicina convenzionata ha predisposto una bozza del documento: “ <i>Linee di indirizzo Cure Palliative nell'adulto</i> ”. Il Documento è stato inviato al Coordinamento Tecnico Regionale C.P. per la condivisione/integrazione e approvazione. Le “Linee di indirizzo Cure Palliative e Terapia del dolore in età pediatrica” sono in corso di elaborazione.
Individuazione del Centro Regionale di riferimento di TD e CP Pediatriche	Regione	2025	Il Centro è stato individuato nel presente Piano di Potenziamento delle Cure Palliative 2025-2026
Redazione dei Manuali di Accreditamento della Rete di Cure Palliative e Rete di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatriche	Agenzia Sanitaria Regionale	2025	La A.S.R. con nota prot. n. 851 del 10/11/2025 ha trasmesso al Direttore del Dipartimento Sanità le schede relative ai requisiti di accreditamento delle Reti di Cure Palliative per adulti (Intesa n. 118/CSR del 27/07/2020 e le schede relative ai requisiti di accreditamento delle Reti di Cure Palliative pediatriche (Intesa n. 30/CSR del 25/03/2021).
Approvazione dei Manuali di Accreditamento della Rete di Cure Palliative e Rete di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatriche	Regione	2025	D.G.R. di adozione da parte del Servizio competente

Avvio del percorso di Accreditamento Rete di Cure Palliative e Rete di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatriche	Agenzia Sanitaria Regionale Organismo OTA	2025	
Valutazione dello standard di personale medico e infermieristico necessario per le attività delle UCP-Dom a garanzia del LEA art. 23. - Approvazione di un Piano dei fabbisogni per l'assunzione dei professionisti necessari alla implementazione graduale delle équipe di Cure Palliative e di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatriche	Regione Servizio Risorse Umane e Finanziarie SSR	2025-2026	DGR n. 723 del 30/10/2025 Approvazione piani triennali del fabbisogno di personale (PTFP) 2025-2027 delle aziende sanitarie locali del SSR.
Piano di assunzioni di personale medico e infermieristico necessario alla implementazione graduale delle équipe di Cure Palliative e di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatriche	Aziende Sanitarie Locali	2025-2026	Delibere AA.SS.LL. ASL 201 Delibera n. 755/2025 ASL 202 Delibera n. 1592_2025 ASL 203 Delibera n. 492/2025 ASL 204 Delibera n. 740/2025
Incremento delle prese in carico domiciliari di base e specialistiche di adulti e bambini mediante l'identificazione precoce delle persone che necessitano di cure palliative	Aziende Sanitarie Locali	Target DM 77/2022 2025-2026	Inserimento dati flusso SIAD Monitoraggio Servizio Sistemi informativi, controllo e valutazione
Monitoraggio Incremento delle prese in carico da parte delle UCP-Dom	Regione	2025-2026	Monitoraggio dati flusso SIAD Servizio Sistemi informativi, controllo e valutazione
Raggiungimento target DM 77/2022 - Équipe assistenziali multiprofessionali dedicate o specificatamente formate (UCPDOM) per assicurare la continuità assistenziale h. 24 per 7 giorni su 7 per i pazienti in cure palliative domiciliari specialistiche	Regione	2025-2026	D.G.R. di approvazione del Piano di Potenziamento delle Cure Palliative 2025 - 2026
	Aziende Sanitarie Locali	2024-2025-2026	Delibere AA.SS.LL.
Raggiungimento target DM 77/2022 - Posti Letto Hospice	Regione	2025-2026	D.G.R di aggiornamento del Piano di Potenziamento delle RLCP e Rete TD e CPP
Raggiungimento target DM 77/2022 D.G.R. n. 598 del 16/09/2025 Strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie Regionali triennio 2026-2028. - Posti Letto Hospice - Attivazione da parte delle AA.SS.LL. dei P.L. Hospice (adulti e pediatrici)	Aziende Sanitarie Locali	2025-2026	Delibere AA.SS.LL. ASL 201 Delibera n. 2240 del 31/10/2025 ASL 202 Delibera n. 1720 del 07/11/2025 ASL 203 Delibera n. 1536 del 10/11/2025

approvati dalla programmazione regionale. - Attivazione UCPDOM.			ASL 204 Delibera n. 1853 del 10/11/2025
Programmazione di eventi formativi accreditati ECM (obbligatori) in cure palliative e Cure Palliative e T.D. Pediatriche, coerentemente con quanto previsto dall'art. 8, comma 2 della Legge n. 38/2010.	Regione - Coordinamento Tecnico Regionale delle Cure Palliative dell'adulto e del Bambino	2025-2026	Eventi formativi inseriti nel presente Piano di Potenziamento 2025 ASL 201= 1 (RES) ASL 202= 2 (RES) ASL 203= 1 (FAD) + 1 (RES) ASL 204 = 4 (RES). Programmazione di nuovi Eventi Formativi anno 2026
Avvio di un percorso di formazione accreditata ECM in Cure Palliative e Cure Palliative e T.D. pediatriche svolte in modalità FAD e/o residenziale, annuale, rivolto a Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e specialisti Ambulatoriali.	Aziende Sanitarie Locali Supporto scientifico del Coordinamento tecnico regionale delle cure palliative dell'adulto e del bambino, per gli aspetti di merito	2025-2026	Gli eventi formativi sono stati progettati nell'ambito degli Accordi Integrativi in corso di trattativa con i rappresentanti dei MMG - PLS – Specialisti
Percorso formativo dedicato ai volontari	Aziende Sanitarie Locali	2025-2026	n. di eventi 1
Informatizzazione - Istituzione della piattaforma informatica che mette in condivisione il set minimo di informazioni definite a livello regionale a cui collegare tutti i nodi della Rete Locale Cure Palliative. - Informatizzazione della Cartella clinica C.P.	Regione Servizio Sanità Digitale, Investimenti e Territorio	2025-2026	D.G.R.
Organizzazione di eventi nella ricorrenza della Giornata nazionale del Solievo del 26 maggio. Promozione della cultura del sollievo da ogni forma cronica di dolore severo e di profondo disagio esistenziale sia che colpisca il corpo che la mente.	Regione Aziende Sanitarie Locali	Annuale	Svolti nel 2025 n. di eventi 2+2+1 come relazionato nel presente Piano. Da svolgersi nel 2026