



Si può dire cure palliative?

Le cure palliative: un percorso in salita?

Gino Gobber

UO Cure Palliative- APSS Trento

PastPresident SICP

Contributi di:

Simone Cecchetto

Francesco Longo

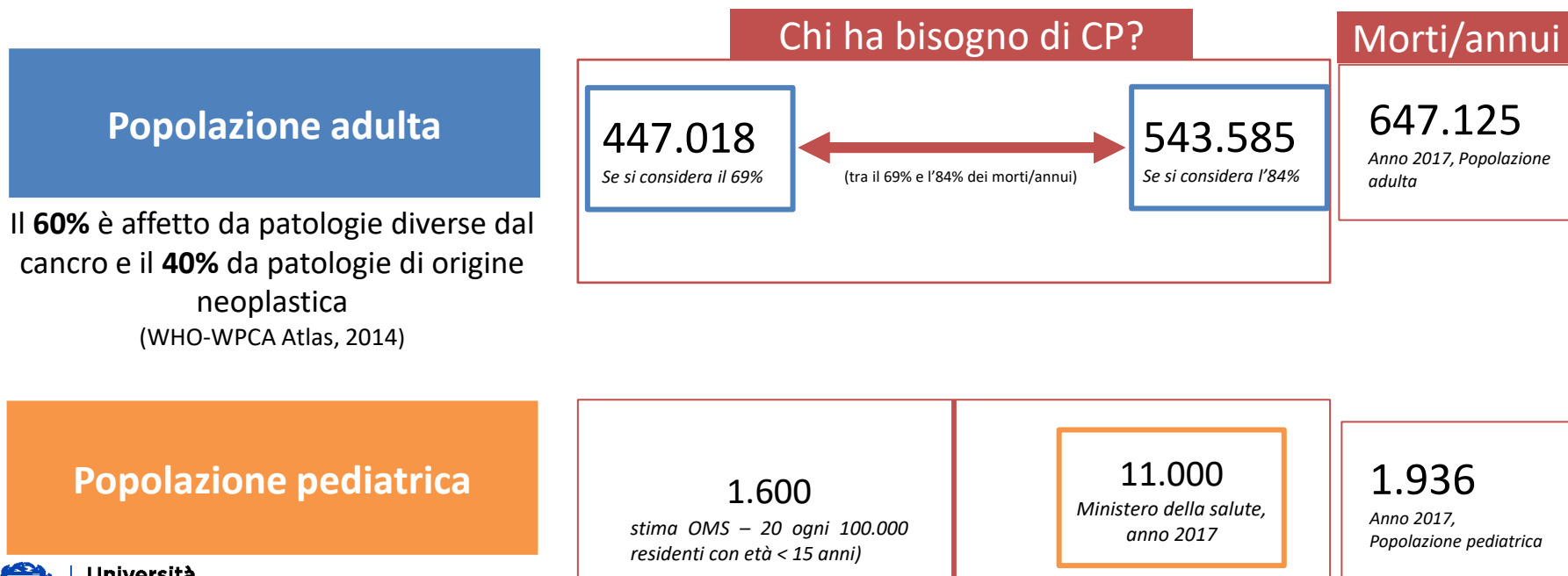
Pierangelo Lora Aprile

Massimo Melo

Il bisogno delle CP in Italia

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

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



Università
Bocconi

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

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

SDA Bocconi
School of Management

L'offerta attuale di CP nel nostro paese

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

— OFFERTA Domiciliare	+ 81.698
— OFFERTA Hospice	+ 42.572
— OFFERTA Day Hospital.	1.843
	<hr/>
	126.113

OFFERTA Domiciliare

- Nel 2017, i dati ufficiali riportano che il numero totale di pazienti assistiti a domicilio ha raggiunto le **40.849** unità*. Questi dati tuttavia non sono attendibili poichè enormemente sottostimati: nel 2018, solo in Lombardia le UCP-DOM si stima siano state 13.171**.
- Possiamo provare a definire uno scenario più vicino alla realtà provando a considerare un'offerta almeno doppia di CP domiciliari e quindi uguale a **81.698** unità (non ci sono dati ufficiali da cui possiamo trarre una stima più precisa).



Università
Bocconi

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

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

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

Stima del tasso di copertura del bisogno

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

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

— **Bisogni: popolazione adulta:**

447.852 <i>Se si considera il 69%</i>	545.211 <i>Se si considera l'84%</i>
--	---

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

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

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

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



Università
Bocconi

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

Tasso di copertura del bisogno: confronto internazionale

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

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

Alta domanda e
basso tasso di
copertura

Alta domanda e
alto tasso di
copertura

Alta domanda e
buon tasso di
copertura



**Università
Bocconi**

CER GAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

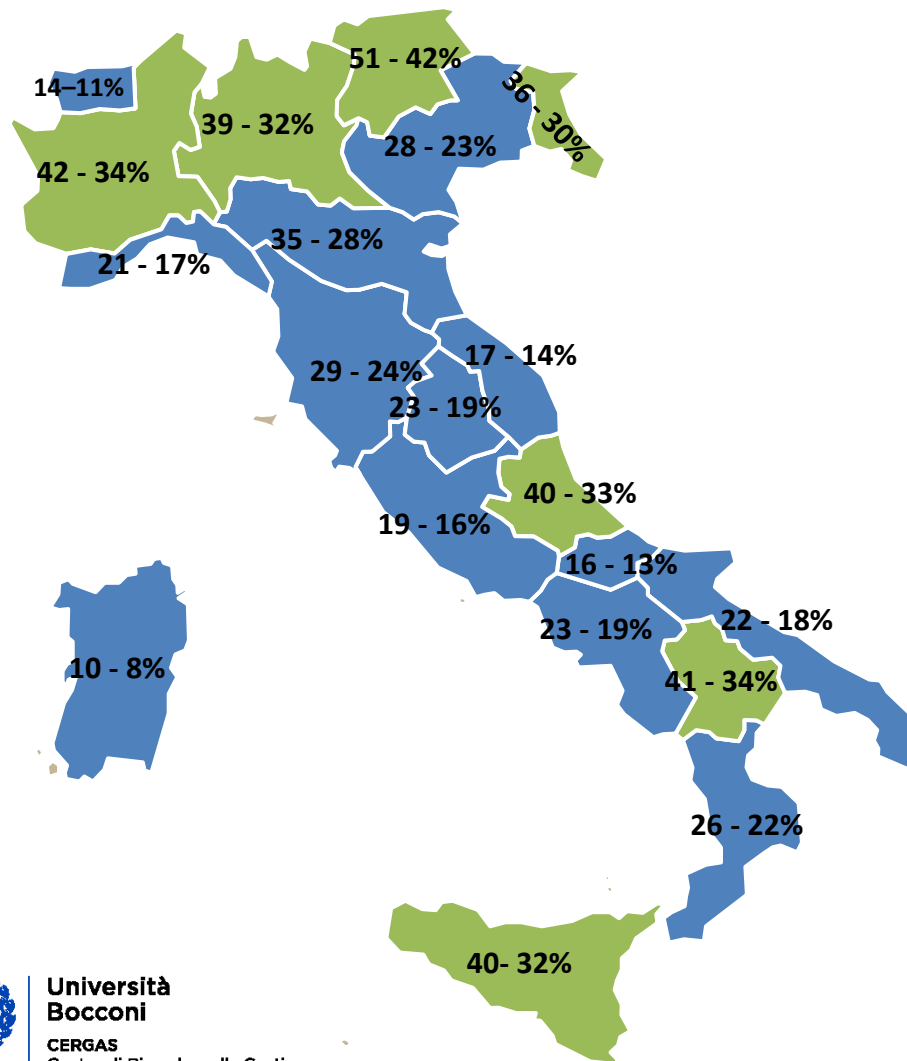
Fonte: Equity in provision of palliative care in the UK: review of Evidence (2015), Marie Curie

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

SDA Bocconi
School of Management

Tasso di copertura: confronto inter-regionale

— Dettaglio tasso di copertura del bisogno:

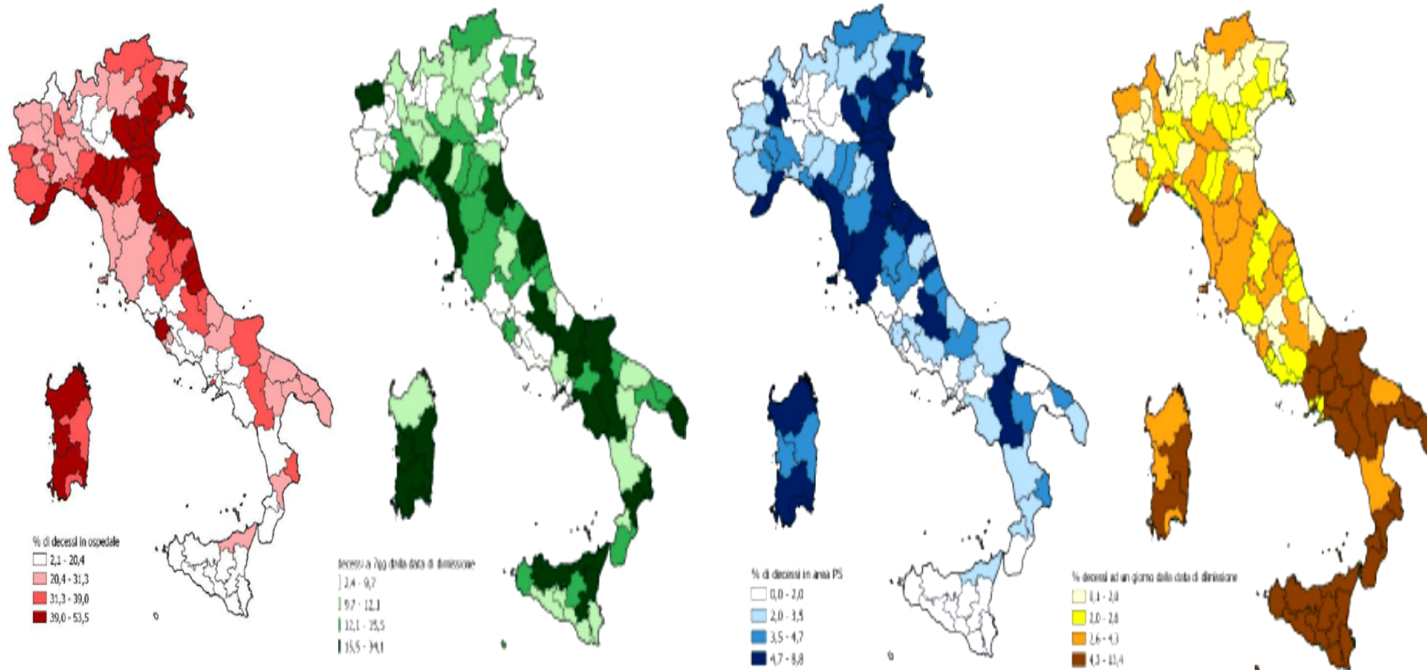


REGIONE	TASSO DI COPERTURA DEL BISOGNO	
PIEMONTE	42%	34%
VALLE D'AOSTA	14%	11%
LOMBARDIA	39%	32%
BOLZANO	*	*
TRENTO	51%	42%
VENETO	28%	23%
FVG	36%	30%
LIGURIA	21%	17%
EMILIA ROMAGNA	35%	28%
TOSCANA	29%	24%
UMBRIA	23%	19%
MARCHE	17%	14%
LAZIO	19%	16%
ABRUZZO	40%	33%
MOLISE	16%	13%
CAMPANIA	23%	19%
PUGLIA	22%	18%
BASILICATA	41%	34%
CALABRIA	26%	22%
SICILIA	40%	32%
SARDEGNA	10%	8%
ITALIA		



Università
Bocconi

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



Decessi in ospedale per TM
sul totale dei deceduti per TM

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

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

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

G.d.L. Ministero della Salute – Age.na.s. (Legge 106/2021, Art. 35 comma 2 bis)



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

Decessi 2020:	746146
Decessi attesi sulla base dei decessi 2015-2019:	645620
Differenza in aumento	100526
Variazione percentuale	+ 15,6 %

RRCP: Le misure di Emergenza per la pandemia SARS-COV2 2019



Regione Lombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 2986 Seduta del 23/03/2020

Presidente **ATTILIO FONTANA**

Assessori regionali

FABRIZIO SALA Vice Presidente	GIULIO GALLERA
STEFANO BOLOGNINI	STEFANO BRUNO GALLI
MARTINA CAMBIAGHI	LARA MAGONI
DAVIDE CARLO CAPARINI	ALESSANDRO MATTINZOLI
RAFFAELE CATTANEO	SILVIA PIANI
RICCARDO DE CORATO	FABIO ROLFI
MELANIA DE NICHILLO RIZZOLI	MASSIMO SERTORI
PIETRO FORONI	CLAUDIA MARIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Enrico Gasparini
Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto
ULTERIORI DETERMINAZIONI IN ORDINE ALL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID - 19 - AREA TERRITORIALE

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Direttore Generale Luigi Cajazzo
Il Dirigente Luigi Cajazzo

L'atto si compone di 36 pagine
di cui 25 pagine di allegati
parte integrante



Regione Lombardia
LA GIUNTA

da Covid-19 e per pazienti con sintomatologia similinfluenzale di cui non è indagata l'infezione da Sars Cov-2;

- l'allegato 4 "La rete regionale di cure palliative nell'emergenza Covid-19: documento di riorganizzazione straordinaria del modello erogativo e della capacità di offerta delle reti locali di cure palliative";
- l'allegato 5 "Servizio di telemonitoraggio Pazienti COVID-19",

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

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



I pazienti che mettono in crisi l’organizzazione distrettuale sono quelli che indentifichiamo ad alta complessità assistenziale, affetti da patologie neoplastiche in fase avanzata o terminale, affetti da patologie neurodegenerative in fase avanzata o terminale, le patologie genetiche altamente invalidanti, i minori con quadri clinici da neoplasie o da malattie genetiche e il complesso delle Malattie Rare, questo perché **il Distretto presenta una serie di carenze date dalla sua stessa storia istitutiva.**

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

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



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

La normativa post-CoViD e gli obiettivi



Legge 106/2021: Articolare le Reti di cure palliative (adulto e pediatrica) su tutto il territorio nazionale entro il 2025

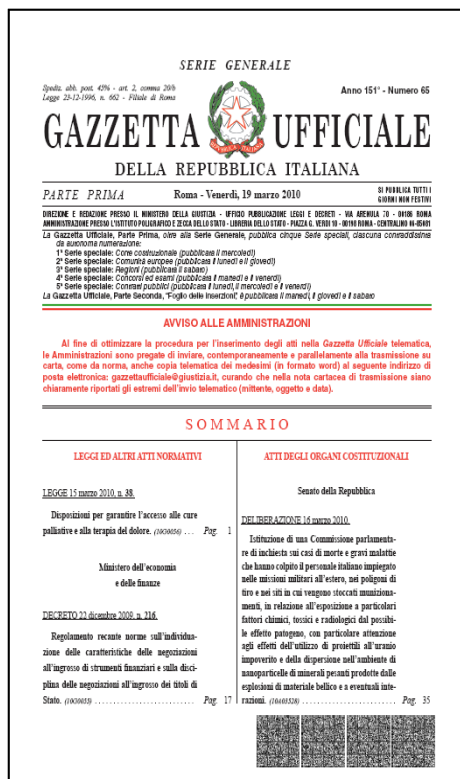
Accordi CSR 27 2020/2021: Accreditare le Reti e le Cure Domiciliari

DM 77/2022: Presa in carico con un piano di cure domiciliari del **10%** degli ultra 65enni entro il **31.12.2025**

Legge 197/2022: Presa in carico, entro l'anno 2028, del **90 per cento** della popolazione con necessità di cure palliative

Legge 33/2023: Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane

Decreto legislativo 3 maggio 2024: Definizione della condizione di **disabilità**, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato





- [- Allegato n. 1: Ricognizione della normativa regionale \(PDF\)](#)
- [- Allegato n. 2: Report con indicatori AGENAS \(PDF\)](#)
- [- Allegato n. 3: Il Questionario per la Rilevazione Cure Palliative-Profilo Regione/PA e Profilo Aziende Territoriali \(PDF\)](#)
- [- Allegato n. 4: Elenco e cartografie degli hospice suddiviso per singola Regione/PA \(PDF\)](#)
- [- Allegato n. 5: Elenco delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate dotate di equipe o servizio medico/infermieristiche di cure palliative \(PDF\)](#)
- [- Allegato n. 6: Elenco degli erogatori di cure domiciliari attivi nelle ASL/Aziende Territoriali \(PDF\)](#)

[**Il documento integrale \(PDF\)**](#)

<https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2048-cure-palliative-l%E2%80%99attuazione-delle-reti>



La ricognizione CTS-SICP Le cure palliative in Italia



Le Reti degli adulti (domicilio, ambulatorio e ospedale)

* Mancano i dati della Campania

Rilevazione Palliativisti TPE nell'assistenza a domicilio*, in ambulatorio, in ospedale	Palliativisti/100.000 abitanti adulti	Range Palliativisti/100.000 abitanti adulti
822,5*	1,53*	0,6 – 2,7

Gli hospice per gli adulti in Italia

N° Hospice operativi	Posti-letto Hospice attivi	Posti-letto previsti DM77 (8/10 :100.000 abitanti adulti)	Δ posti necessari/ rilevati (8/10 :100.000 abitanti adulti)	Rilevazione Palliativisti TPE in Hospice*
284	3210	4007 / 5012	- 797 / - 1802	492,5

I dati di alcune Regioni sono incompleti



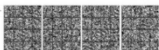
Il presente documento costituisce la Riforma di settore del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - M6C1-1 - Riforma 1: Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale - volta a definire modelli e standard relativi all'assistenza territoriale, alla base degli interventi previsti dalla Component 1 della Missione 6 *“Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale” del PNRR.*



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

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

- II -



Casa della Comunità (CdC)

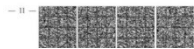
E' il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

Nella Casa della Comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale... anche al fine di definire gli ambiti delle competenze del Servizio sanitario nazionale da un lato e dei comuni dall'altro.

La CdC è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito. La CdC è una fondamentale struttura pubblica del SSN. Essa rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali

LE LINEE DI INNOVAZIONE DEI SERVIZI: TUTTO CHIARO? TUTTO SEMPLICE?

1. Si delinea una **matrice innovazione muri/innovazione dei processi**: i primi sono semplici da inquadrare, i processi sono controversi da misurare e complessi da cambiare.
2. I **processi** riguardano il front office (format dei servizi) e il back office (relazioni tra professionisti e tra setting).
3. I muri hanno una **metrica** chiara e definita, per i processi dobbiamo inventarne una: tasso di presa in carico dei cronici, % pazienti compliant, % di pazienti con esito atteso rispettato...
4. In realtà la logica di investimento nei muri e nei processi sono strettamente legate e vanno **pianificate assieme**.



*Gli Indicatori di
Monitoraggio
dell'Assistenza
Domiciliare*

10 % di pazienti over
65 in assistenza
domiciliare
(considerando tutti
gli assistiti di età pari
o superiore a 65
anni "presi in carico"
per tutte le classi di
CIA)

Assistenza domiciliare

La casa come primo luogo di cura viene individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale quale *setting privilegiato dell'assistenza territoriale*. *Le cure domiciliari...* si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato. Vanno tenute distinte le forme di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) dalle Cure Palliative Domiciliari definite come un livello essenziale specifico e denominate come Unità di Cure Palliative Domiciliari nell'ambito delle reti locali di cure palliative per l'adulto e per il bambino. Tuttavia, tale distinzione può non essere presente a livello organizzativo aziendale nella composizione dell'équipe purché i professionisti siano specificatamente formati in cure palliative come previsto dalla normativa vigente. Le Cure Domiciliari si articolano in un livello Base e in Cure Domiciliari Integrate (ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello) e consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Le risposte assistenziali...sono programmate a seguito della Valutazione Multidimensionale e della...formulazione di un Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) che comprende... anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI).

DM 77 23 MAGGIO 2022:

IDENTIFICAZIONE E STRATIFICAZIONE DEL BISOGNO

Tabella 2. Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali

Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
I livello Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria
II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basate su familiarità e stili di vita
III livello Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità minima prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento

Stratificazione del rischio

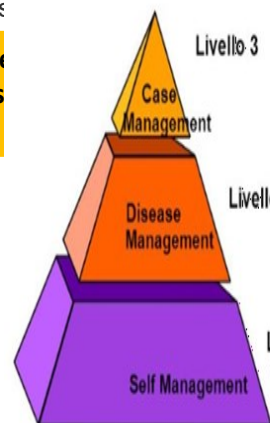
Modelli predittivi e stratificazione della popolazione

La più recente normativa nazionale (D.L. 34/2020, c.d. Decreto Rilancio, convertito nella legge n. 77/2020, all'art. 7) pone l'attenzione sulla possibilità di sviluppare *modelli predittivi*, che consentano la *stratificazione della popolazione*, il *monitoraggio per fattori di rischio*, e la *gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse*.

L'adozione di un *modello di stratificazione* comune su tutto il territorio nazionale è uno degli obiettivi strategici del PNRR che permetterà lo sviluppo di un linguaggio uniforme per garantire equità di accesso ed omogeneità di presa in carico. Tale modello di stratificazione dovrà consentire di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel *Progetto di Salute* del singolo paziente.

Questo approccio fa riferimento alle letterature scientifiche sul Modello di "Piramide del rischio" LA PIRAMIDE "CCM" c/o "KAISER-PERMANENTE" dalla Compagnia Assicurativa Kaiser Permanente.

Patients severe complications
7-8%



ALCUNE REGOLE DEL MODELLO

- Identificazione dei soggetti con malattie croniche
- Condivisione del rischio economico da parte degli operatori
- Riferimento a "pathways" clinici
- Stratificazione per rischio di aggravamento
- Informatizzazione dei dati. Condivisione.
- Cure intermedie "nurse led"
- Approccio multidisciplinare nel primary care
- Forte integrazione primary care - specialisti
- Promozione del "self-care"

LA TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA, DEMOGRAFICA E SOCIALE

- 1. 38% di italiani cronici (23 mil) di cui 3,8 mil non autosufficienti:** talvolta sono trattamenti lontani dallo sguardo di un professionista; un grande onere per famiglie
- 2. Crescita delle tecnologie di supporto all'autocura** (device personalizzati, device intelligenti, per la compliance, che inviano e ricevono dati del pazienti)
- 3. Sanità un universo in espansione e differenziazione:** 126 Mld SSN + 40 Mld di spesa privata out of pocket + 25,2 Mld di spesa per LTC + area wellness/fitness
- 4. Crescente clusterizzazione dei cittadini/pazienti rispetto alla cultura della salute** (salutista, colto, chi si fida del SSN, chi non sa trasformare bisogno in domanda, l'antagonista): servizi simili determinano esiti dissimili
- 5. Aumento della solitudine, della frammentazione sociale, perdita di fiducia istituzionale e di capitale sociale:** 33% delle famiglie italiane sono fatte 1 persona, 11% sono monogenitoriali (il 44% delle famiglie ha un solo adulto in casa)

Assistenza Domiciliare

- **Target: 10% degli “anziani”** over 65 (Draghi). Gli anziani sono il 23% popolazione nazionale (13,8 milioni) → **1.380.000 pazienti seguiti all’anno, in rapido aumento**
- **E’ l’unico ambito in cui il PNRR finanzia spese correnti aggiuntive**
- La commissione “Paglia” ha reso evidente la cronica carenza di posti letto nelle RSA; in qualche modo questo investimento ne è la conseguenza
- La programmazione nazionale **implicitamente si basa sul modello “make”** e non “buy” (*siamo sicuri?*)

Tabella 2 – Importi complessivi M6C211.2.1 (Ripartizione 2022-2025)

Regione/PA	RRF		Importo Totale
	Risorse PNRR	Risorse da (DL 34) - commi 4 e 5	
Piemonte	184.692.167	169.755.728	354.447.895
Valle d'Aosta	9.332.810	6.621.408	15.954.218
Lombardia	488.676.472	268.548.944	757.225.416
PA Bolzano	34.850.233	26.812.524	61.662.757
PA Trento	23.519.525	8.814.304	32.333.829
Veneto	74.168.392	227.323.108	301.491.500
Friuli Venezia Giulia	51.449.191	51.266.056	102.715.247
Liguria	80.236.742	74.500.504	154.737.246
Emilia Romagna	52.999.785	164.965.800	217.965.585
Toscana	52.403.789	168.770.048	221.173.837
Umbria	41.311.187	32.537.208	73.848.395
Marche	74.081.720	60.317.264	134.398.984
Lazio	383.175.903	158.884.872	542.060.775
Abruzzo	73.539.182	36.750.764	110.289.946
Molise	13.327.095	9.329.732	22.656.827
Campania	314.073.732	160.961.696	475.035.428
Puglia	251.732.410	133.837.440	385.569.850
Basilicata	30.298.785	13.800.528	44.099.313
Calabria	128.698.975	63.111.264	191.810.239
Sicilia	251.243.883	109.859.452	361.103.335
Sardegna	106.188.022	53.345.864	159.533.886
ITALIA	2.720.000.000	2.000.114.496	4.720.114.496

Per raggiungere gli obiettivi ci vogliono le risorse



DECRETO 23 gennaio 2023

Ripartizione delle risorse relative all'investimento M6-C1-1.2.1. «*Casa come primo luogo di cura (ADI)*» del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). (23A01436)

[\(GU Serie Generale n.55 del 06-03-2023\)](#)

Gli Indicatori di Monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare

10 % di pazienti over 65 in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni “presi in carico” per tutte le classi di CIA)



C'E' UNA FISIOLGICA GENERICITA' NEL PNRR...

1. Il PNRR è stato costruito (ragionevolmente) per **ottenere ampio consenso** in EU, con gli stakeholder domestici e con l'opinione pubblica.
2. Propone obiettivi **largamente condivisibili, spesso generici** (la presa in carico dei cronici) oppure eccessivamente ambiziosi (10% di anziani in ADI) e facilmente taroccabili
3. **Ogni scelta programmatica viene accuratamente evitata.**
4. Questo è **fisiologico** nei grandi piani di riforma o di investimenti in tutto il mondo democratico.
5. L'indeterminatezza offre **ampi gradi di autonomia** ai singoli contesti regionali e aziendali

12. RETE DELLE CURE PALLIATIVE

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

Standard: 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti; Hospice: 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti

I servizi devono essere garantiti sulla base dei criteri e requisiti previsti dalla normativa e dagli accordi vigenti, tra cui l'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012, l'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 119/CSR e Rep. Atti n. 118/CSR) e l'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021



Tabella 2. Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali

	Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
Stratificazione del rischio	I livello Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria
	II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basate su familiarità e stili di vita
	III livello Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
	IV livello Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e socioassistenziali con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
	V livello Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autonufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
	VI livello Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistono più possibilità di guarigione	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali



12. RETE DELLE CURE PALLIATIVE

La rete nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale agisce, pertanto, sul territorio di riferimento assicurando l'erogazione dell'assistenza:

nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera attraverso équipe di cure palliative della rete che erogano consulenza, facilitano l'attivazione dei percorsi di cure palliative per garantire la continuità ospedale-territorio, supportano l'équipe dell'unità operativa ospedaliera nelle strategie per la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici;

nell'ambito ambulatoriale dove sono erogate cure palliative precoci e simultanee da équipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative che operano all'interno della RLCP;

a domicilio del paziente, attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD), con la previsione di un'équipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unità di Cure Palliative - UCP), in integrazione con il medico di medicina generale per assicurare la continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7. Tale équipe può essere, dal punto di vista organizzativo, integrata con l'équipe dell'assistenza domiciliare integrata;

nelle strutture residenziali e negli Hospice, con standard di riferimento di 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

La casa come primo luogo di cura?





Ministero della Salute
Nuovo Sistema Informativo
Sanitario
Modello Concettuale

Ministero della Salute

Nuovo Sistema Informativo Sanitario
Modello Concettuale

PNRR - M6C2 - 1.3.2.2.3

«Rafforzamento della collezione,
elaborazione e produzione di dati a
livello locale»

Qualità formale: *rispondenza del dato alle specifiche funzionali di ogni flusso, capacità dell'organizzazione di annullare e/o ridurre la % di scarti/anomalie*

Tempestività: *capacità dell'organizzazione di produrre e trasmettere i dati corretti in modo efficiente, nel rispetto delle tempistiche previste dai decreti*

Qualità sostanziale: *correttezza e veridicità delle informazioni trasmesse*

Completezza: *capacità dell'organizzazione di trasmettere un flusso informativo completo, ossia in grado di tracciare esaustivamente il processo assistenziale*

Coerenza: *capacità dell'organizzazione di trasmettere un flusso informativo coerente con gli altri flussi NSIS e/o altre fonti informative (es. FSE)*

2023 flusso SIAD- persone ultra65enni prese in carico

Regione	Assistiti ov 65 - 2023	Obiettivo Assistiti 2023 ADI (over 65) da DM (Baseline 2019+ Obiettivo intermedio 2023)	Baseline 2019	Obiettivo Incrementale Assistiti 2023 ADI (over 65) da DM 23 gennaio 2023	Incremento 2023	% Incremento
PROV AUTON TRENTO	14.708	10.017	6.541	3.476	8.167	235,0%
UMBRIA	26.570	17.790	9.528	8.262	17.042	206,3%
PUGLIA	82.013	62.980	20.780	42.200	61.233	145,1%
TOSCANA	113.703	101.996	75.401	26.595	38.302	144,0%
PIEMONTE	106.544	96.984	56.977	40.007	49.567	123,9%
MOLISE	7.601	7.138	4.620	2.518	2.981	118,4%
PROV AUTON BOLZANO	8.243	7.250	361	6.889	7.882	114,4%
LAZIO	95.824	89.567	30.999	58.568	64.825	110,7%
LIGURIA	34.578	33.113	15.638	17.475	18.940	108,4%
FRIULI VENEZIA GIULIA	29.626	28.755	17.108	11.647	12.518	107,5%
VALLE D'AOSTA	2.080	2.001	227	1.774	1.853	104,5%
LOMBARDIA	178.233	175.577	92.551	83.026	85.682	103,2%
EMILIA ROMAGNA	118.051	117.565	91.391	26.174	26.660	101,9%
VENETO	125.159	124.780	88.598	36.182	36.561	101,0%
MARCHE	29.745	29.644	14.579	15.065	15.166	100,7%
BASILICATA	11.253	11.237	6.449	4.788	4.804	100,3%
ABRUZZO	26.726	26.697	14.666	12.031	12.060	100,2%
CALABRIA	28.185	29.136	8.233	20.903	19.952	95,5%
SARDEGNA	25.650	29.644	12.236	17.408	13.414	77,1%
CAMPANIA	60.685	80.623	28.733	51.890	31.952	61,6%
SICILIA	50.174	89.095	49.974	39.121	200	0,5%
ITALIA	1.175.351	1.171.590	645.590	526.000	529.761	100,7%

SIAD05 - Assistiti over 65 trattati in SIAD in rapporto alla popolazione anziana (per 100) - Anno 2025 -

Codice Regione	Descrizione Regione	2025			2024			2023		
		Assistiti over 65 con Pic erogate *100 ab. over 65	Assistiti over 65 under 75 con Pic erogate *100 ab. over 65 under 75	Assistiti over 75 con Pic erogate *100 ab. over 75	Assistiti over 65 con Pic erogate *100 ab. over 65	Assistiti over 65 under 75 con Pic erogate *100 ab. over 65 under 75	Assistiti over 75 con Pic erogate *100 ab. over 75	Assistiti over 65 con Pic erogate *100 ab. over 65	Assistiti over 65 under 75 con Pic erogate *100 ab. over 65 under 75	Assistiti over 75 con Pic erogate *100 ab. over 75
010	PIEMONTE	0,00	0,00	0,00	14,32	3,89	23,65	9,50	2,27	15,96
020	VALLE D'AOSTA	0,00	0,00	0,00	9,29	3,63	14,74	6,77	2,83	10,57
030	LOMBARDIA	0,00	0,00	0,00	10,16	2,54	17,15	7,66	2,11	12,75
041	PROV. AUTON. BOLZANO	0,00	0,00	0,00	9,90	2,61	16,49	7,61	1,89	12,79
042	PROV. AUTON. TRENTO	0,00	0,00	0,00	11,29	2,99	19,30	11,66	3,21	19,82
050	VENETO	0,00	0,00	0,00	11,86	3,49	19,62	10,71	3,01	17,84
060	FRIULI VENEZIA GIULIA	0,00	0,00	0,00	10,77	3,01	17,37	9,22	2,76	14,72
070	LIGURIA	0,00	0,00	0,00	9,89	3,78	14,78	7,94	2,84	12,03
080	EMILIA ROMAGNA	0,00	0,00	0,00	11,56	3,01	19,04	10,86	2,75	17,97
090	TOSCANA	0,00	0,00	0,00	11,39	3,06	18,50	11,85	3,24	19,21
100	UMBRIA	0,00	0,00	0,00	12,71	2,98	21,15	11,60	2,71	19,31
110	MARCHE	0,00	0,00	0,00	9,97	2,67	16,48	7,73	2,63	12,28
120	LAZIO	0,00	0,00	0,00	10,32	3,03	17,32	7,25	1,85	12,44
130	ABRUZZO	0,00	0,00	0,00	10,95	3,78	17,98	8,31	2,62	13,88
140	MOLISE	0,00	0,00	0,00	11,37	3,53	19,17	9,89	3,03	16,71
150	CAMPANIA	0,00	0,00	0,00	11,48	4,69	19,27	5,56	2,00	9,65
160	PUGLIA	0,00	0,00	0,00	10,09	2,32	18,01	8,81	2,20	15,55
170	BASILICATA	0,00	0,00	0,00	12,24	3,39	21,50	8,42	2,25	14,87
180	CALABRIA	0,00	0,00	0,00	9,82	2,89	17,33	6,48	1,99	11,34
190	SICILIA	0,00	0,00	0,00	10,34	3,60	17,55	4,56	1,77	7,54
200	SARDEGNA	0,00	0,00	0,00	6,48	1,63	11,47	6,19	1,56	10,96
	TOTALE	0,00			10,93	3,19	18,29	8,31	2,32	14,01

Fonte:

• Ministero della Salute, NSIS – decreto del Ministro della salute del 17 dicembre 2008 e s.m. "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza

domiciliare" (SIAD) – Elaborazione a cura dell'Ufficio III della ex DGSI

• ISTAT (file POSAS): popolazione aggiornata al 31/12/

Fabbisogno SPECIALISTICO DI CP per il paziente adulto e pediatrico e % SODDISFATTO 2023 RLC

Regione/ Provincia Autonoma	Totale Paz. assistiti dalla Rete di Cure Palliative	Fabb. Adulto CP (Dom+Res) (335/100.000 x pop. Residente)	Fabb Pediatrico (18/100.000 x pop. Residente)	Fabbisogno totale	Rapporto erogato su Fabbisogno Totale
ABRUZZO	1.562	4.274	230	4.504	34,68%
BASILICATA	1.663	1.813	97	1.910	87,07%
CALABRIA	965	6.216	334	6.550	14,73%
CAMPANIA	4.992	18.842	1.012	19.854	25,14%
EMILIA- ROMAGNA	15.835	14.825	797	15.622	101,36%
FRIULI-VENEZIA GIULIA	3.140	4.002	215	4.217	74,46%
LAZIO	7.501	19.145	1.029	20.174	37,18%
LIGURIA	6.137	5.056	272	5.328	115,18%
LOMBARDIA	30.945	33.309	1.790	35.099	88,16%
MARCHE	1.043	4.982	268	5.250	19,87%
MOLISE	984	979	53	1.032	95,35%
PIEMONTE	9.845	14.259	766	15.025	65,52%
P.A. BOLZANO	1.886	1.784	96	1.880	100,32%
P.A. TRENTO	2.560	1.812	97	1.909	134,10%
PUGLIA	10.030	13.142	706	13.848	72,43%
SARDEGNA	555	5.318	286	5.604	9,90%
SICILIA	8.642	16.192	870	17.062	50,65%
TOSCANA	11.362	12.272	659	12.931	87,87%
UMBRIA	2.661	2.877	155	3.032	87,76%
VALLE D'AOSTA	272	413	22	435	62,53%
VENETO	19.556	16.240	873	17.113	114,28%
NAZIONALE	142.136	197.751	10.625	208.376	68,21%

La tabella seguente rappresenta il totale dei pazienti assistiti dalla Rete di Cure Palliative (Hospice o domicilio) ed il Fabbisogno di CP per il paziente adulto e pediatrico seguendo gli standard proposti dal CTS - Sez. O - con riferimento all'anno **2023**. I dati sono stati estratti dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute (NSIS) – **flusso Hospice e flusso SIAD**.

$$\frac{\text{Palliative per i pazienti con età} \geq 18\text{aa: } 335}{100.000 \text{ abitanti}} \times \text{pop residente}$$

$$\frac{\text{Palliative per i pazienti con età} < 18\text{aa: } 18}{100.000 \text{ abitanti}} \times \text{pop residente}$$

*Dati aggiornati a novembre 2024.

Le stime in Italia

Se la copertura della necessità di cure palliative viene calcolata sul fabbisogno totale stimato secondo FE Murtagh (69%-84% del numero totale di morti / anno) la media italiana resta tra il 26,2% e il 31,8%, con una variabilità molto ampia tra le varie Regioni .

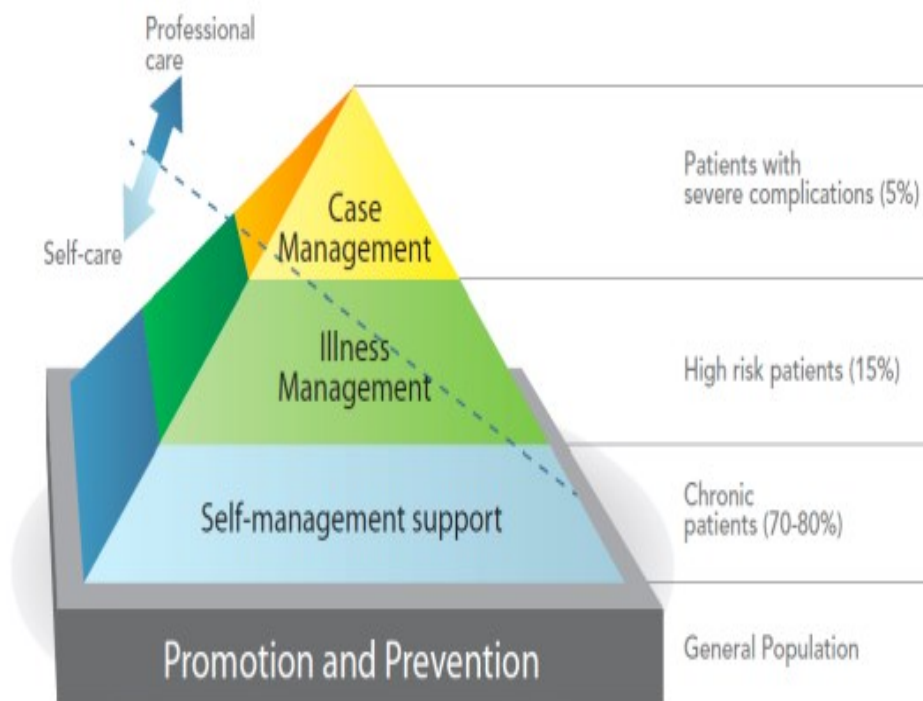
Questo a fronte di una normativa completa e coerente, di evidenze di buona pratica disponibili (anche da esperienze italiane), di sollecitazioni autorevoli.

E' un segnale di forte preoccupazione sulla tenuta del DM77 del PNRR.

Il governo della domanda vs il governo dell'offerta

Il Chronic Care Model

Extended Kaiser Pyramid

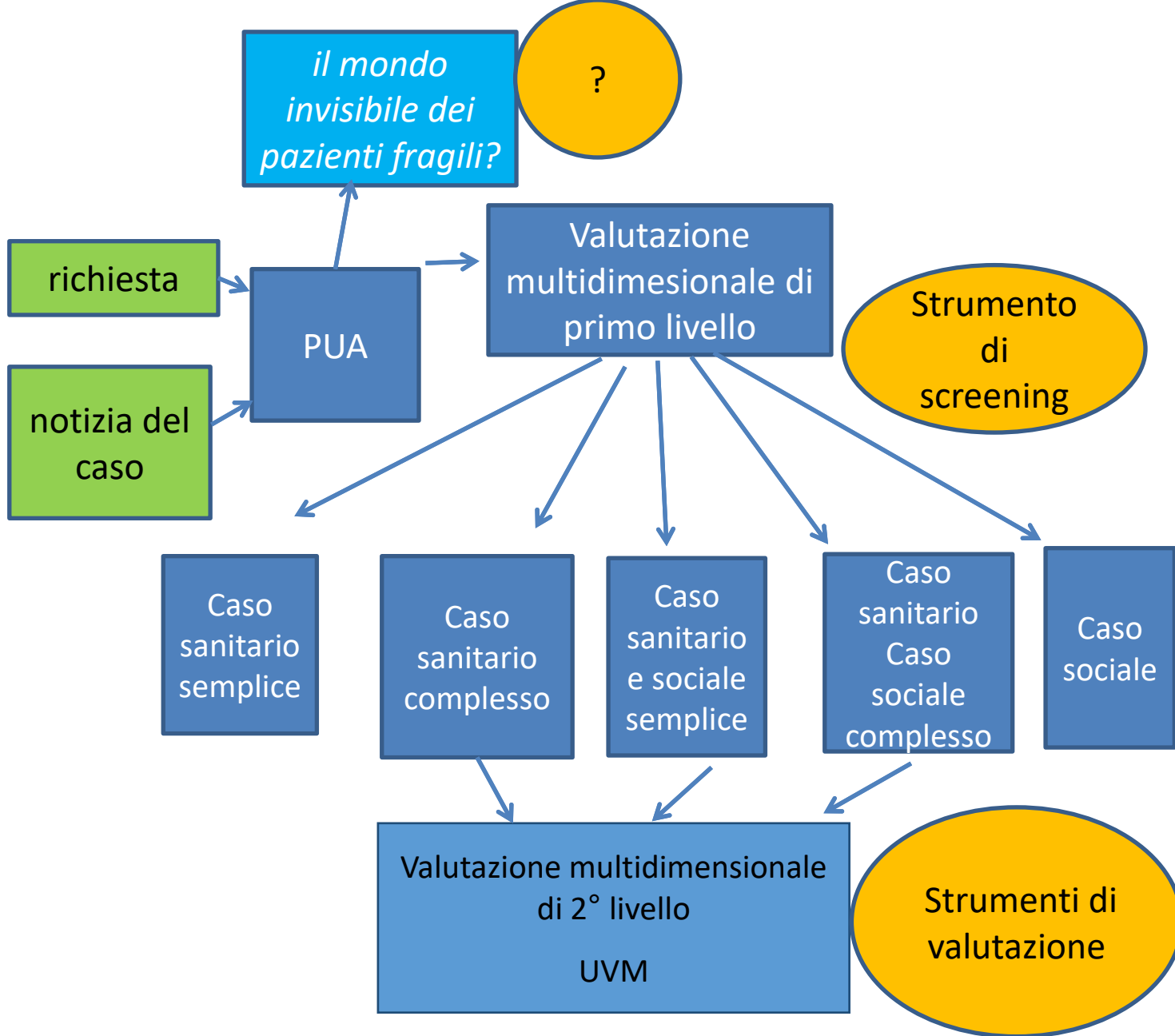


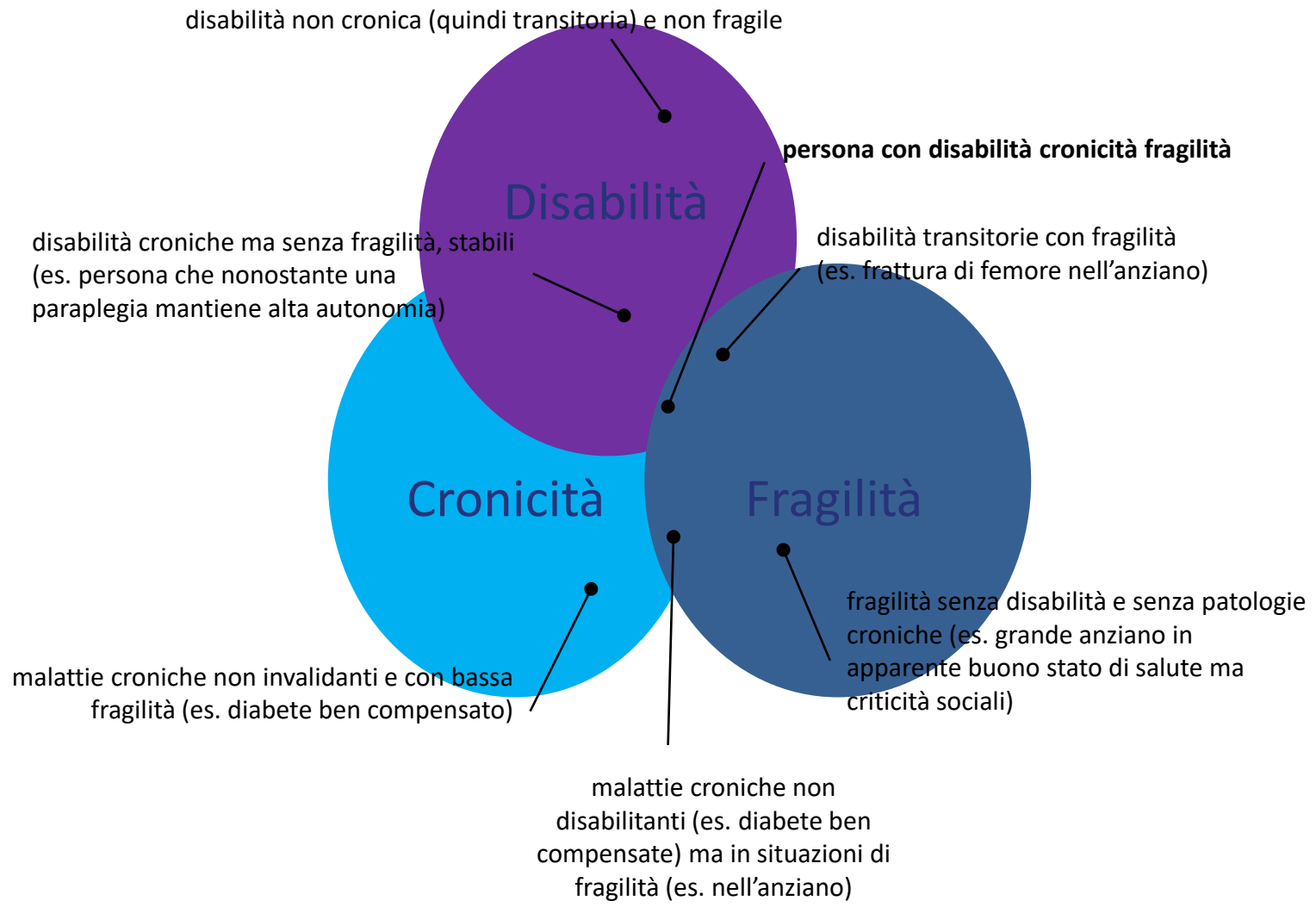
◀ **Casi complessi, con comorbidità gestiti da un case manager in rete con specialisti**

◀ **gestione di specifici problemi in team multidisciplinare**

◀ **promozione della salute (es. AFA) e delle capacità di autocura**

◀ **prevenzione primaria su persone sane, medicina anticipatoria**





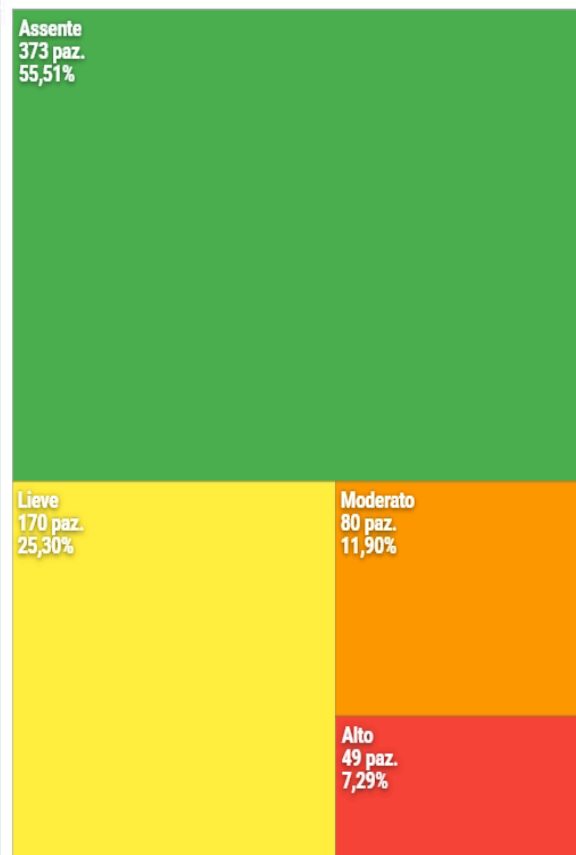
POPOLAZIONE TOTALE: 1596 ASSISTITI

UTRASESSANTENNI: 672 FRAGILI: 299

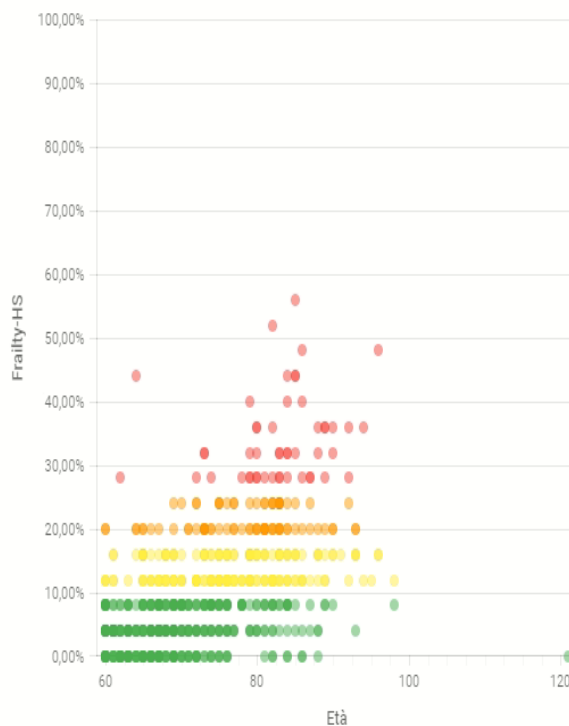
Score di Fragilità (Frailty-HS Score)

*Questo score stadia il paziente in base al suo livello di Fragilità che si basa sul rischio di decesso nei successivi tre anni.

Pazienti con livello di Fragilità (Frailty-HS)*



Distribuzione per età dei pazienti con livello di Fragilità (Frailty-HS)*



Visualizza tutti i pazienti con livello di Fragilità (Frailty-HS)*

Informazioni Utili



Le specifiche clinico-scientifiche di questo modulo sono definite e validate da S.I.M.G. (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie)

Lo score di Fragilità (Frailty-HS) stadia il paziente ultra sessantenne in base al suo livello di fragilità che si basa sul rischio di decesso nel corso dei tre anni di follow-up.

Selezione dei potenziali deficit

Lo score viene ottenuto mediante la combinazione dei **25 deficit** di seguito elencati.

Caratteristiche della popolazione alla data di calcolo dello score (senza limitazioni temporali):

1. Alto livello di disabilità
2. Deficit cognitivo
3. Stroke
4. BPCO
5. Scopenso Cardiaco
6. Malattie ischemiche
7. Ulcerazioni croniche della pelle
8. Fibrillazione Atriale
9. Morbo di Parkinson
10. Neoplasie
11. IRC
12. Anemia
13. Esenzione per reddito
14. Frattura Femore
15. Malattia bradicardica
16. Altre malattie neurologiche
17. Costipazione
18. Malattie vascolari periferiche
19. Malattie nutrizionali
20. Diabete
21. Schizofrenia

Riflessione di chiusura

**Il PNRR (ed il DM77) non è una operazione a fondo perduto.
C'è il rischio reale che sia l'ultima (unica) occasione per tutelare il nostro SSN.**

Se non sarà messo a frutto, alle prossime generazioni resteranno i debiti senza i servizi.

Le cure palliative sono il paradigma della presa in carico.

Anche ad essere ottimisti e generosi i pazienti con necessità di cure palliative intercettati dai Servizi Sanitari Regionali non superano il 30% (2023, dato nazionale).

**XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025**



SICP 11.0
**EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE**



www.sicp2025.com

DEADLINE IMPORTANTI:

- Invio abstract: 24 aprile 2025
- Iscrizione con la quota ridotta: entro il 15 luglio 2025

Per informazioni: congressi@sicp.it

Grazie per l'attenzione!

gino.gobber@apss.tn.it